CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA PARA CELEBRAR CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN

Puerto López- Meta; Octubre del 2026

Señores
ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO LÓPEZ
ESD

YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD identificada con cedula de ciudadanía N° 1.004.631.627 expedida en Pasto, con domicilio en el Municipio de Puerto López, someto a consideración del MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ META la propuesta para el siguiente objeto:

"BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LAS IPS DEL MUNICIPIO DE PUERTO LÓPEZ SOBRE LAS RUTAS DE PYMS, RMP Y EVENTOS DE SALUD PÚBLICA TRAZADORES SEGÚN NORMATIVIDAD EN SALUD PARA PRIMERA INFANCIA"

Así mismo, declaro en nombre propio (o de la persona jurídica que represento):

1.- Que en caso de ser favorecidos con el proceso de selección suscribiré el contrato respectivo, obligándome a cumplir con lo pactado en el respectivo negocio jurídico.

2.- Que conozco el estudio de conveniencia elaborado por esa entidad y las condiciones fijadas allí y en la ley colombiana y las acepto integralmente.

3.- Que la información dada en los documentos incluidos en esta oferta me compromete y garantizo la veracidad de las informaciones y datos de la oferta.

4.- Declaro no hallarme incurso en alguna de las inhabilidades e incompatibilidades señaladas por la Constitución Política, por la Ley 80 de 1993 y sus normas reglamentarias y complementarias y no me encuentro inscrito en el boletín de responsables fiscales de acuerdo con lo previsto en el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, en concordancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000 que me impidan participar en procesos de contratación y suscribir el contrato.

- **RELACION DE EXPERIENCIA E IDONEIDAD PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS**

Considero que reúno las condiciones de idoneidad y experiencia que exige el proceso de contratación, por las siguientes razones:

- ✓ Poseo la formación académica y los conocimientos suficientes para cumplir con las obligaciones requeridas en el objeto del contrato.
- ✓ Poseo la experiencia relacionada en más de 1 año

PROPUESTA ECONÓMICA: *Ofrezco prestar los servicios para cumplir el objeto contractual a razón de* **SEIS (06) pagos iguales por valor de CINCO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($5.000.000).**

Para el pago de mis servicios me obligo a presentar documento equivalente o factura de venta en los casos que la exigen las normas tributarias vigentes. Igualmente, cumpliré las demás obligaciones que hacen exigible el pago de mis servicios y que se convengan en el contrato y que exija la entidad en desarrollo de la dirección del contrato.

AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL - Manifiesto que me encuentro afiliado al sistema de seguridad social, así:

- EPS: (MALLAMAS)
- AFP: (COLPENSIONES)

RELACION DE DOCUMENTOS QUE ACREDITAN IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

- ✓ Constancias de estudio
- ✓ Certificados de experiencia laboral

RELACION DE DOCUMENTOS QUE ANEXO PARA CUMPLIR LAS CONDICIONES EXIGIDAS POR EL MUNICIPIO

- ✓ Copia de la cedula
- ✓ Rut
- ✓ Declaración de bienes en formato del DAFP
- ✓ Formato de hoja de vida única en formato del DAFP
- ✓ Certificados de antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales
- ✓ Comprobante de afiliación a los sistemas de salud y pensiones.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre y Apellido: YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD
C.C 1.004.631.627 expedida en Pasto
Dirección: Calle 6 # 7-27 Barrio Centro
Email: yoryelly123@gmail.com
Cel.: 3153460228

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
Santacruz	Gelpud	Yoryelly Dalila

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004631627	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES 02 AÑO 2001

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NARIÑO

MUNICIPIO ILES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 6 7 27 Barrio Centro

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO PUERTO LÓPEZ

TELÉFONO EMAIL yoryelly123@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2017
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9	X		NUTRICION Y DIETETICA	10	2022	1004631627

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ASPECTOS SANITARIOS EN LA NUTRICION Y ALIMENTACION	05	2019
SENA REGIONAL TOLIMA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ASPECTOS SANITARIOS EN LA NUTRICION Y LA ALIEMNTACION	06	2019
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS	08	2019
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS	08	2019
POLITECNICO DE SURAMERICA	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		DILPOMADO EN NUTRICION INFANTIL	08	2020
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ADITIVOS ANALISI Y CONTROL DE CALIDA EN LA INDUSTRIA ALIEMNTARIA	08	2020
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		ADITIVOS ANALISIS Y CONTROL DE CALIDAD EN LA INDUSTRIA ALIMENTARA	08	2020
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, UNIVERSIDAD DE NARIÑO, GOBERNACION DE NARIÑO	EDUCACIÓN INFORMAL	26	X		PLAN DE ASISTENCIA TECNICA EN PANDEMIA POR COVID 19	09	2020
UNIVESIDAD NACIONAL DE COLOMBIA , CORPORACION UNIVERSITARIA REMIGTON, PONTIFICA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI	EDUCACIÓN INFORMAL	16	X		III EVENTO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE NUTRICION Y DIETETICA	10	2020
UNIVERSIDAD MARIANA	EDUCACIÓN INFORMAL	16	X		JORNADA INTERNACIONAL DE ACTUALIZACION EN NUTRICION	11	2020
PROGRAMA DE NUTRICION UNIVERSIDAD MARIANA Y LA ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICION DE LA UNIVERSIDAD DEL CESAR VALLEJO	EDUCACIÓN INFORMAL	16	X		CONGRESO INTERNACIONAL EN NUTRICION, UNA MIRADA A LA ACTUALIDAD	07	2021
ASOCIACION COLOMBIANA DE NUTRICION CLINICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	EDUCACIÓN INFORMAL	16	X		SIMPOSIO REGIONAL DE NUTRICION HOSPITALARIA	07	2022
UNIVERSIDAD MARIANA	EDUCACIÓN INFORMAL	16	X		I CONGRESO NACIONAL DE NUTRICION Y CIENCIA DE LOS ALIMENTOS	11	2022
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		CURSO VIRTUAL DE ESTRATEGIA INFORMACION EDUCACION Y COMUNICACION EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	11	2023
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIESTRA FAMILIAR	EDUCACIÓN INFORMAL	90	X		GUAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS, PARA POBLACION COLOMBIANA MAYOR DE 2 AÑOS	11	2023
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		GUIAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA MUJERES GESTANTES MADRES EN PERIODO DE	11	2023

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
					NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS		
SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PUERTO LOPEZ	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		ACTUALIZACION SOBRE EL ABORDAJE EN INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS	12	2023
OIM	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	12	X		CURSO DE ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS PAVSIVI	04	2024
Universidad Mariana	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		Parto y puerperio	04	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		Curso Masoterapia Clínica y Manejo de Dolor Para Paciente Clínico y/o en Condición de Discapacidad	06	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional	06	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019.	06	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		Curso Manejo Integrado de la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en Niños y Niñas de 0 a 59 Meses - Según Resolución 2350 de 2020	06	2024
FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	EDUCACIÓN INFORMAL	80	X		Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 - 2022	07	2024
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	82	X		CONSEJERÍA PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO	08	2024
GERENCIA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SECRETARIA DEL META	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	4	X		TALLER PRESENCIAL TEORICO-PRACTICO PARA LA DETECCION TEMPRANA DE DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	10	2024
SECRETARIA DE SALUD DEL META	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		JORNADA DE ACTUALIZACION EN LA RUTA DE ATENCION PARA NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CON DESNUTRICION AGUDA	11	2024
Secretaria de salud del municipio de Puerto López	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	16	X		Jornada de desarrollo de capacidades al talento humano en salud sobre salud sexual y reproductiva, salud infantil, enfermedades transmitidas por vectores y nutrición	12	2024
CELAN	EDUCACIÓN INFORMAL	25	X		NUTRICION APLICADA EN MEDICINA INTERNA I	02	2025
De La Hoz Learning Team Bogotá, Colombia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	30	X		ISAK ANTROPOMETRISTA NIVEL 1	03	2025

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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
INGLES	X				X		X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA HOGARES COMUNITARIOS PORFIA 4 (ICBF)		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3134387318	Día	11	Mes	05	Año	2026	Día		Mes		Año	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
10012 NUTRICIONISTA	CONTRATISTA	CALLE 53 SUR 37 33 URBANIZACIÓN EL DARIÉN

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	PUERTO LÓPEZ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
60864518	Día	28	Mes	01	Año	2026	Día		Mes		Año	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
REF. SEGURIDAD ALIMENTARIA NUT	SECRETARIA DE SALUD	CALLE 6 4 40 BARRIO CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	PUERTO LÓPEZ	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
6452703	Día	01	Mes	01	Año	2026	Día	31	Mes	05	Año	2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA	CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS Multisalud		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3173253276	Día	07	Mes	10	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
10012 NUTRICIONISTA	ASISTENCIAL CONSULTA EXTERNA	Cra 39 # 27-55 B 7 de Agosto

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 PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6452703	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 800037979	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3173253276	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	06	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"						*DIRECCIÓN* CALLE 26B 38 76 BARRIO 7 DE AGOSTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 86450100	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6452703	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN					

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 PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3173253276	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2024	*Día*	02	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"						*DIRECCIÓN* CALLE 26B 38 76 BARRIO 7 DE AGOSTO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6452703	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD-APS						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 Barrio Gaitan					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	03	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 B. GAITAN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 86452703	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL-PYP Y HOSPITALARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0386450955	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LÓPEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0386450955	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 8 6 50 BARRIO GAITAN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOAVANZAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE NUTRICION Y DIETA					*DIRECCIÓN* CALLE 1 2 3 CUMARIBO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* PASTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7307580	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	06	*Año* 2022	*Día*	26	*Mes*	11	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE NUTRICION Y DIETA					*DIRECCIÓN* CALLE 23 1 0 CON CARRERA 3ra BARRIO MERCEDARIO						

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*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
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 Puerto López, Meta 16 de octubre de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-10-20 11:51

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YORYELLY	DALILA	SANTACRUZ	GELPUD

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004631627

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	ILES

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	PUERTO LÓPEZ

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	ALCALDIA DE PUERTO LOPEZ

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	PUERTO LÓPEZ

Dirección	["Calle 6 Numero 4 - 40 Parque Central"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$46.620.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$6.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$52.620.000,00

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

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

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

La Institución Educativa "José Antonio Galán"

Iles Nariño

Aprobada Mediante Resolución No. 2558 del 30 de Septiembre del 2002 de la Secretaría de Educación Departamental de Nariño

Confiere a:

YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD

Identificado(a) con T.I. No. 1.004.631.627 de Iles

El Titulo de :
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Julio Cesar Villota Portilla
C.C No. 15.810.328 de la Unión
Rector

Francisco Javier Quetamá
C.C. No. 98.370.345 de Iles
Secretario

Anotado al folio No. 197 *Libro registro No.* 1

Dado en Iles - Nariño, a los 08 Días del mes de Diciembre de 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Institución Educativa José Antonio Galán

Iles - Nariño

Resolución de Aprobación No. 2558 de Septiembre 30 de 2002
Código DANE 252352000140 NIT 814000052-6

Acta Individual de Graduación No. 44

En la Ciudad de Iles (Nariño), a los ocho (8) días del mes de Diciembre de dos mil diecisiete (2017), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos rector y secretario en la Rectoría del Plantel; Institución aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional, y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según resolución No. 2558 de Septiembre 30 de 2002.

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 TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Santacruz Gelpud Yoryelly Dalila T.I. 1.004.631.627 Iles

Es fiel copia tomada del acta original general No. 46 de fecha Diciembre ocho (8) de dos mil diecisiete (2017) que consta de cincuenta y nueve (59) alumnos graduandos, comienza con el nombre de: ***Argoti Vallejo María Lizbeth,*** *y termina con el nombre de:* ***Yaguapaz Yamá Vicky Stefanny***

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7° del Decreto 180 de 1.981 y Ley 115 de 1994

Dada en Iles-Nariño, a los ocho (8) días del mes de Diciembre de dos mil diecisiete (2017)

JULIO CESAR VILLOTA PORTILLA
C.C. No. 15.810.328. La Unión (N)
Rector

FRANCISCO JAVIER QUETAMA
C.C. No. 98.370.345. Iles (N).
Secretario

UNIVERSIDAD MARIANA
ACTA 546

En San Juan de Pasto, Departamento de Nariño, hoy doce (12) de abril de dos mil veintitrés (2023), en el Auditórium "Madre Caridad Brader " de la Universidad Mariana se celebró sesión solemne con el fin de otorgar el Título de

NUTRICIONISTA DIETISTA

La ceremonia estuvo presidida por la Rectora, Hna. Aylem Yela Romo, acompañada por Directivas de la Universidad.

Abierta la sesión y presente el graduando, conforme a la Resolución No. 64 del 2 de marzo de 2023, emanada de la Rectoría de la Universidad Mariana, la Rectora le tomó el juramento de rigor y le hizo entrega del título que le acredita idoneidad para ejercer la profesión de NUTRICIONISTA DIETISTA, registrada en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES, del Ministerio de Educación Nacional, con el código de Registro No. 101682, a:

YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD
C.C. 1004631627 DE PASTO

Por haber cumplido con los requisitos señalados en el Estatuto General y en los Reglamentos de la Universidad Mariana.

Registrado al Folio No. 174 del Libro de Registro No. 5 - 33597.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los doce (12) días del mes de abril de dos mil veintitrés (2023).

(Aparecen las firmas correspondientes a la Rectora, Decana de la Facultad, Secretaría General y los sellos respectivos). Es fiel copia del original.

DORA LUCY ARCE HIDALGO
Secretaria General

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA

UNIVERSIDAD MARIANA

PERSONERÍA JURÍDICA, RESOLUCIÓN No. 230 DEL 25 DE MARZO DE 1970
GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

CONFIERE EL TÍTULO DE

NUTRICIONISTA DIETISTA

A

YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD

C.C. 1004631627 DE PASTO

EN SAN JUAN DE PASTO, A LOS DOCE (12) DIAS DEL MES DE ABRIL DE 2023

RECTORA

DECANA

SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO Nº. 174 DEL LIBRO DE REGISTRO Nº 5-33597
San Juan de Pasto, 12 de abril de 2023

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLNUD

Identificación Única del Talento Humano en Salud

NUTRICIONISTA DIETISTA



YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD

CC 1004631627

UNIVERSIDAD MARIANA

PASTO

Fecha de expedicion del diploma **2023-04-12**

Fecha de Inscripción ReTHUS **2023-05-09**

Yoryelly Dalila SG

Firma Titular

"Esta Tarjeta es un documento público y se expide de conformidad a la ley 1164 de 2007, el decreto 4192 de 2010 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016." Si es encontrada, favor devolverla a la Carrera 15 No. 83-24 oficina 502 H
COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS
Teléfono (601) 6919874 Bogotá D.C.

Juan E M.T.

Firma Representante Legal

COLNUD-4677

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1004631627

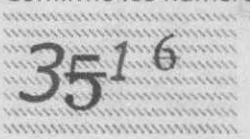
Primer Nombre

YORYELLY

Primer Apellido

SANTACRUZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1857

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-16→12:05:35 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1004631627	YORYELLY	DALILA	SANTACRUZ	GELPUD	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD identificado(a) con CC 1004631627 registra La siguiente información:

2026-10-16→12:05:35 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	NUTRICION Y DIETETICA	2023-05-09	3990	COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS

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

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Yoryelly Dalila Santacruz Gelpud

C.C 1.004.631.627

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 18 de octubre 2026

Código: 769417277000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Yoryelly Dalila Santacruz Gelpud

C.C 1.004.631.627

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 18 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 769416482000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14925418382

(415)7707212489984(8020) 000001492541838 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 4 6 3 1 6 2 7	0	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño	4 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 6 3 1 6 2 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANTACRUZ	GELPUD	YORYELLY	DALILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vichada 9 9	Cumaribo 7 7 3

41. Dirección principal
CALLE 6 11 35 BARRIO CENTRO

42. Correo electrónico yoryelly123@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 3 4 6 0 2 2 8	

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 9 2	2 0 2 3 0 4 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023-07-11 / 09:34:51AM

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 SANTACRUZ GELPUD YORYELLY DALILA

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.631.627
SANTACRUZ GELPUD
APELLIDOS
YORYELLY DALILA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-2001
ILES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
14-MAR-2019 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P:2300100-01075909-F-1004631627-20190522 0065459547A 2 8805389999

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 19 de octubre de 2026, a las 16:40:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1004631627
Código de Verificación	1004631627261019164049

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 304899419

PIB
10:52:38
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de octubre 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) YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004631627:

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.

33

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:53:54 AM horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1004631627**

Apellidos y Nombres: **SANTACRUZ GELPUD YORYELLY DALILA**

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.

DIJIN

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

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 1004631627 **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 16/10/2026 11:05 AM

Código Verificación: **ZS27PKF3LJ**

Válida hasta: **16/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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, 16/10/2026 10:55:56 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1004631627** y Nombre: **YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD.**

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. **149695074** . 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

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	Código: AS-FR-008 Versión: 01 Vigencia: 19/07/2018

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA

Una vez verificada la base de datos empresarial, el afiliado relacionado a continuación presenta la siguiente información con corte a la fecha de expedición de la misma.

Que el (la) señor(a):	SANTACRUZ GELPUD YORYELLY DALILA
Identificación	CC 1004631627
Municipio	ILES
Aportante	SANTACRUZ GELPUD YORYELLY DALILA
Documento Aportante	1004631627
Tipo Cotizante	Independiente con contrato de prestacion de servicios superior a un mes
IPS Asignada	CENTRO DE SALUD ILES E.S.E. - PRINCIPAL
Estado	Activo
Fecha Afiliación	01/04/2012 12:00:00 a. m.
Régimen	Contributivo
Zona	R2

Dada el viernes, 16 de octubre de 2026

Cordialmente

Oficina Virtual Mallamas - EPS

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com.co

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1004631627,** se encuentra afiliado/a desde **29/06/2023** 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 16 de octubre de 2026.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

16 de octubre de 2026, Puerto López Meta

Asunto: Autorización consulta de delitos sexuales

La suscrita YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD identificado(a) con C.C No. 1.004.631.627 expedida en Pasto, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la ley 1918 de 2018 reglamentada por el decreto 753 de 2019, a la ALCALDIA DE PUERTO LÓPEZ con NIT 892099325-0 a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa – Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y de llegarse a formalizar, por el término de la vinculación.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizara de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos personales publicada, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en el municipio de Puerto López – Meta, el día dieciséis (16) de octubre de 2026

Firma: _____

YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD
C.C. 1.004.631.627
DIR: Cra 4 # 6-38 Puerto López
TEL: 3153460228
CORREO: yoryelly123@gmail.co

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 10:59:54 horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004631627,** Apellidos y Nombres **SANTACRUZ GELPUD YORYELLY DALILA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA MUNICIPAL**, con NIT **892099325-0** 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

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

Certificación
Bancaria

Viernes, 16 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD identificado(a) con CC 1004631627, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91249451644	2023-03-01	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

JOSE ALEJANDRO HEREDIA VILLARROYA.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO.

Dr. JOSE ALEJANDRO HEREDIA VILLARROYA.
MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

No. Identificación 79686096
Dirección: CALLE 32 # 37 -15
Telefono: 3102178209
Email: mdalejandroheredia@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MEDELLÍN - 2026/01/08	Nro Ingreso:	2026010802011
Paciente:	YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD	CC:	1104631627
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	JOSE ALEJANDRO HEREDIA VILLARROYA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Cargo:	NUTRICIONISTA	Convenio:	PARTICULAR
Fecha Salida:	2026-01-08 16:05:28	Fecha Atención:	2026-01-08 16:03:40
Sede:	Sede 1		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO:	EL ASPIRANTE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. INDUCCION AL CARGO. ALIMENTOS SIN AZUCAR. HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA. PAUSAS ACTIVAS ADECUADAS. HIGIENE POSTURAL ADECUADA. USO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y LOS RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO. ACATAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	APROBADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación:

Observación: NINGUNA

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de Dr. JOSE ALEJANDRO HEREDIA VILLARROYA. MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO.

José Alejandro Heredia Villarroya
Médico Especialista
Medicina Preventiva y del Trabajo
R.M. 1707 Lic. SEC. 6064

YORYELLY SANTACRUZ

Profesional Ocupacional: aheredia

Registro M.D: 1707
Licencia S.O: 6064

Firma del Paciente: YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD
Identificacion: CC. - 1104631627

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e4bd74ae-a701-4dac-8c39-e3b6addafb50

Nombres y apellidos / Full name: YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 0 4 6 3 1 6 2 7

Fecha de nacimiento / Date of birth: 24/02/2001

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3153460228

Correo electrónico / e-mail: YORYELLY123@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	24	02	2010		024L9011C	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	CARMEN ORTEGA
TD Adulto	Segunda	12	04	2011		024L9011D	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	CARMEN ORTEGA
TD Adulto	Tercera	25	05	2011		024L9011D	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	CARMEN ORTEGA
TD Adulto	Cuarta	25	10	2012		024B1007D	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	
VPH	Primera	06	04	2013		H018961	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	
VPH	Segunda	23	10	2013		J004479	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	
Hepatitis B Adultos	Primera	11	06	2019		NO PAI AHBVC819AC	PASTO PROMVACUNAS	ANGELA ESTUPIÑAN
Hepatitis B Adultos	Segunda	29	07	2019		NO PAI 0348Y015E	PASTO PROMVACUNAS	DIANA ESPAÑA
Hepatitis B Adultos	Tercera	12	11	2019		NO PAI 0348Y017C	PASTO PROMVACUNAS	NAGELA ESTUPIÑAN
COVID MODERNA	Primera	29	07	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	059D21A	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	LILIANA JIMENA REYES VALLEJO
COVID MODERNA	Segunda	11	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940874	ILES E.S.E CENTRO DE SALUD	LILIANA JIMENA REYES VALLEJO
Fiebre Amarilla	Única	12	07	2023	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	228VFC040Z	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	DORIAN EMIR CUERO ARCIA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	12	07	2023	Green Cross	V50523004	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	DORIAN EMIR CUERO ARCIA
COVID MODERNA BIVALENTE	Adicional	22	01	2024	Catalent Indiana	010B23-2A	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ANGIE DANIELA MENDOZA BERMUDEZ

El Mnisterio 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 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: e4bd74ae-a701-4dac-8c39-e3b6addaf5b0

Nombres y apellidos / Full name: YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 0 4 6 3 1 6 2 7

Fecha de nacimiento / Date of birth: 24/02/2001

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3153460228

Correo electrónico / e-mail: YORYELLY123@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
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	01	08	2024	Catalent Indiana	032H23A	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ANGIE VALENTINA GARZON GOMEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	08	2024	Green Cross	V50524003	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	SANDRA MILENA CONTRERAS GONZALEZ
Sarampión Rubéola	Adicional	04	02	2025	Serum	0122W108	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	RAMIRO RUBIO HERNANDEZ - CC1121848988 - ACTIVO
TD Adulto	Quinta	04	02	2025	Serum	2333L037C	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	RAMIRO RUBIO HERNANDEZ - CC1121848988 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	06	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	RAMIRO RUBIO HERNANDEZ - CC1121848988 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	20	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	SEDE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	LAURA DANIELA SEPULVEDA MOLINA - CC1120865125 - ACTIVO

El Mnisterio 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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.

MultiSalud

Vive el espíritu

Nit. 830511298-1

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE MULTISALUD SAS

NIT. 830.511.298-1

CERTIFICA QUE:

La doctora **YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD**, identificada con cedula de ciudadanía **N.° 1.004.631.627 DE PASTO**, presta sus servicios en esta empresa como **NUTRICIONISTA**, desde el 07 de Octubre del 2024 hasta la fecha. Mediante un contrato por prestación de servicios. Desempeñando las siguientes funciones

Funciones Transversales

- Desarrollar las actividades a su cargo, conforme a lo definido en el manual de procesos y procedimientos de la IPS MULTISALUD LIMITADA.
- Apoyar al jefe inmediato en la evaluación e implementación de procedimientos que impacten el cumplimiento de los objetivos de la Sede o proceso con el fin de ajustar y garantizar el flujo exitoso del mismo.
- Apoyar y ejecutar los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de la IPS MULTISALUD LTDA.
- Proponer e implementar los procedimientos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación de los servicios a su cargo.
- Proyectar, desarrollar y recomendar las acciones que deban adoptarse para el logro de los objetivos y las metas propuestas.
- Planear y desarrollar la terapia nutricional a pacientes, de acuerdo al estadio fisiológico y las necesidades nutricionales, dentro del programa integral del manejo del mismo, elaborando la historia nutricional mediante la evaluación de su estado nutricional.
- Brindar atención nutricional ambulatoria a los pacientes de consulta externa, realizando un control oportuno con base en el respectivo tratamiento.
- Diseñar el plan alimentario y los mecanismos de seguimiento y control.
- Detectar complicaciones tempranas en lo que responde a la terapia nutricional y hacer correctivos oportunos.

Funciones esenciales del Cargo

- Realizar consulta asignada como nutricionista y entrevistar al individuo para el diligenciamiento de la historia alimentaria y nutricional previo análisis de su historia clínica.
- Tomar las medidas antropométricas que le permitan determinar el Índice de Masa Corporal, IMC, estructura y composición en masa magra y tejido adiposo, entre otros.
- Evaluar el estado general del individuo con el fin de corroborar la ausencia de signos físicos de deficiencias nutricionales.
- Identificar alteraciones o deficiencias subclínicas mediante la interpretación de los resultados de las pruebas bioquímicas.
- Identificar el patrón de consumo y hábitos alimentarios, mediante la aplicación de la anamnesis alimentaria.
- Elaborar los registros de atención diaria, rendir los informes y estadísticas que el jefe inmediato le solicite o sus representantes
- Integrar los datos obtenidos y con base en los parámetros nacionales e internacionales emitir el diagnóstico alimentario y nutricional.
- *Impartir educación alimentario y nutricional que garantice la comprensión por parte* del individuo del plan alimentario a seguir.
- Reportar a las instancias pertinentes las novedades, complicaciones y otra información relevante con respecto a los usuarios de manera periódica y concreta. Remitir, si es necesario, a otro profesional de la salud.
- Evaluar la terapia nutricional implementada para los usuarios, con el personal del equipo de salud y realizar acciones de monitoreo del soporte nutricional
- Elaborar y llenar adecuadamente los diferentes registros, según las normas establecidas y las demás que se implanten por mandato del Ministerio de Salud, Direcciones Regionales y Locales de Salud o directrices de la Institución.
- Mantener un contacto permanente con los usuarios asignados y proporcionar información al paciente y su familia de manera permanente sobre el curso de la terapia nutricional y los tratamientos que se realicen.
- Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean asignadas por la empresa o por quienes la representen, respecto del desarrollo de las actividades.

La presente certificación se expide el veintiséis (26) del mes de Diciembre del 2025.

BLANCA AURORA TORRES FLOREZ
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
CEL: 3229279757

CERTIFICACIÓN

LA ASOCIACION AVANZAR "ASOAVANZAR", certifica que la señora **YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD**, identificada con cedula de ciudadanía **1.004.631.627**, laboró mediante un contrato por prestación de servicios con nuestra institución desde el **20 de junio de 2022 hasta el 30 de septiembre del 2023**, como **NUTRICIONISTA** en el departamento del **VICHADA**, municipio de **CUMARIBO**, en el marco de la implementación del programa **MIL DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO,** programa que hace parte del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar **(ICBF)**.

Funciones desarrolladas:

- Realizar la valoración del estado nutricional inicial para determinar el ingreso de las mujeres gestantes, niñas y niños.
- Establecer un Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario para la atención de cada usuario
- Realizar el seguimiento nutricional a los usuarios con la periodicidad requerida por cada esquema de atención y teniendo en cuenta el Plan del Intervención Individualizado.
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las mujeres gestantes usuarios en: Alimentación durante la gestación y Promoción de la Lactancia Materna
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las familias de las niñas y niños usuarios en: promoción de la Lactancia Materna, adecuada introducción de la alimentación complementaria, alimentación saludable, detección de signos clínicos de desnutrición.
- Establecer la cantidad de Alimento Listo para el Consumo necesario para las niñas y niños usuarios en la fase de mejoramiento, de acuerdo con sus requerimientos nutricionales individuales y con la ingesta calórica y de nutrientes de la alimentación familiar.

- Brindar orientaciones individualizadas a las familias de las niñas y niños usuarios que reciben Alimento Listo para el Consumo, encaminadas a inicio del suministro, tolerancia, porciones, horarios de suministro, almacenamiento, conservación y manipulación.
- Definir el momento para iniciar el suministro de la Ración Familiar para Preparar a las familias de las niñas y niños usuarios.
- Brindar orientaciones y realizar seguimiento a las familias para el consumo adecuado del Alimento Listo para el Consumo y la Ración Familiar para Preparar -RFPP.
- Realizar acompañamiento a los usuarios en el hogar de acuerdo con el Plan de Intervención Individualizada y a lo evidenciado en los seguimientos realizados por los gestores comunitarios.
- Apoyar el diseño e implementación de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables, en conjunto con el equipo que atenderá la EAS.
- Apoyar la búsqueda activa de usuarios para el ingreso a la modalidad, analizando la situación nutricional de la población y priorizando las áreas geográficas de intervención. n Definir, realizar y participar en los estudios de caso para los usuarios que lo requieran.
- *¡Capacitar a los gestores y profesionales de la modalidad en el seguimiento* al consumo de la ración, consumo y tolerancia del Alimento Listo para el proceso promoción y prevención, Consumo, en la técnica estandarizada para toma del perímetro braquial, y en la importancia de la calidad de la información como un elemento indispensable para el seguimiento nutricional; así mismo, en seguridad alimentaria y nutricional, detección de signos físicos de la desnutrición, alimentación balanceada según el curso de vida, actividad física, alimentación versus costos, Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Decreto 1397 de 1992, entre otros, que se consideren pertinentes de acuerdo a la situación encontrada.
- Dar cumplimiento a la Guía de Metrología respecto a la selección de los equipos y a las actividades que garanticen que los instrumentos de medición se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento, se utilicen adecuadamente y proporcionen medidas confiables que permitan tomar decisiones satisfactorias.
- Diligenciar el Formato Egreso y Remisión a Modalidades de Educación Inicial y seguir el procedimiento definido en la Ruta de Remisión de niñas y niños menores de 5 años egresados de la Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición a las Modalidades de Educación Inicial.

- Remitir al sector salud los casos de los usuarios que, por su situación requieren de intervenciones médicas, con patologías asociadas a la desnutrición, o con complicaciones médicas como edema, pobre apetito, signos clínicos de desnutrición severa, etc.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Cumaribo - Vichada, al primer (01) día del mes de octubre de 2023.

Atentamente,

Robert E Cordoba Serna
ROBERT E. CORDOBA SERNA
Representante Legal
C.C 11.802.999

EL COORDINADOR DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA REGIONAL NARIÑO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS

CERTIFICA:

Que la señorita YORYELLY DALILA SANTACRUZ GELPUD, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.004.631.627 de Pasto (N), realizó su Practica Laboral como Practicante Ad Honorem del ICBF Regional Nariño, asignada al Centro Zonal Pasto Uno, vinculada mediante Resolución Nro. 01056 del 10 de agosto de 2022, durante el periodo comprendido entre el 16 de agosto de 2022 hasta el 26 de noviembre de 2022, cumpliendo la totalidad de las funciones asignadas a saber:

1. Apoyar la ejecución de las labores administrativas de la dependencia, aplicando los conocimientos propios de su formación académica.
2. Apoyar el proceso misional de promoción y prevención en el Componente de Alimentación, Nutrición y Salud, según los lineamientos técnico-administrativos establecidos por el ICBF.
3. Brindar capacitación en el componente de Salud y nutrición al talento humano de las EAS vinculadas a través de contrato con ICBF.
4. Apoyar la revisión de datos del Aplicativo cuéntame en Módulo de Salud y Nutrición y el seguimiento a las acciones de Intervención para los beneficiarios con malnutrición; apoyar procesos de Promoción y prevención según la necesidad.
5. Apoyar la revisión de informes presentados por las EAS en lo relacionado con el componente de Salud y Nutrición y con la Recepción, almacenamiento, suministro, inventario y custodia de los Alimentos de Alto Valor Nutricional.
6. Apoyar visitas a UDS, según la necesidad del Centro Zonal en lo referente al componente de salud y nutrición.
7. Apoyar en la revisión de formatos entregables de Minuta Patrón diligenciadas por las EAS.
8. Realización de actividades sobre Estilos de Vida Saludables (EVS) para servidores públicos del área asignada, con el fin de fomentar estilos saludables y calidad de vida, realizando el seguimiento correspondiente.
9. Participación en los GET de Nutrición del área de ubicación, con el fin de recibir asesoría y asistencia técnica en temas relacionados con el perfil profesional.

Dada en Pasto, a los siete (7) días del mes de diciembre de 2022.

JOSE ANTONIO PERUGACHE ESCOBAR
Coordinador Grupo Administrativo

Aprobó: José Antonio Perugache Escobar - Coordinador Grupo Administrativo
Elaboró: Ginna Gabriela Vallejo Prado - Judicante Grupo Administrativo