Pradera, NOVIEMBRE de 2026

Doctora
ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
Gerente
ESE HOSPITAL SAN ROQUE

Asunto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CÓMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA PARA APOYO EN LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA

Cordial Saludo

Atendiendo la invitación realizada por el despacho a su cargo cordialmente me permito presentar mi propuesta para la contratación de Prestación de Servicios AUXILIAR DE FACTURACIÓN en E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE de Pradera

El objetivo de la propuesta es apoyar técnicamente la ejecución del proyecto correspondiente. Así mismo, se manifiesta que cumplo con el perfil exigido y con experiencia en actividades similares al objeto de la contratación.

Para desarrollar la gestión el tiempo estimado es el que determine la entidad.

El valor de los honorarios es el que ESE Hospital San Roque de Pradera, tenga asignado para esta clase de contratos de acuerdo al perfil y experiencia del profesional.

De igual forma manifiesto que no estoy incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con ESE Hospital San Roque de Pradera.

Mi servicio implica el cumplimiento del objeto del contrato que se celebrará con la ESE Hospital San Roque de Pradera, bajo los principios de responsabilidad, lealtad, buena fe y ética profesional.

Adjunto hoja de vida y documentos de orden jurídico que se relacionan en la invitación para el estudio y verificación que corresponda.

Atentamente,

Firma:

Yuliza Zambrano Giron

YULIZA ZAMBRANO GIRON
Auxiliar de Facturación

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
ZAMBRANO	GIRON	YULIZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1113696334	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 03 AÑO 1999	MNZ A CASA 14			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	PRADERA		
MUNICIPIO	PRADERA	TELÉFONO	2670522	EMAIL	yulen1605molly@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

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	5	X		TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ANIMADOR - RECREACION Y DEPORTE	04	2022	
PREGRADO	5	X		TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ANIMADOR - RECREACION Y DEPORTE	02	2022	

3. EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106929688	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* SALUD-HIGIENISTA ORAL						*DIRECCIÓN* CALLE 10 No. 10-30					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106929688	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* CARRERA 27N 34 33 CARRERA 27-NO 33-34					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106507079	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE E HIGIENISTA ORAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* CALLE 10 null null CALLE 10#10-51					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148683843	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA E HIGIENE	*DEPENDENCIA* AREA ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* CALLE 3 14 null MANZANA ZA CASA 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148683843	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO COMO GESTOR COMUNITARIO	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* CALLE 10 NORTE 10 null Cl, 10 #10-30 31					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3148683943	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR E HIGIENISTA ORAL	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD-APS						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ROQUE - PRADERA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PRADERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	09	*Año*	2022	*Día*	12	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ODONTOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA ODONTOLOGIA						*DIRECCIÓN* - CALLE 10 # 10-30					

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	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Pradera, Noviembre 2026

Yuliza Zambrano Girón

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.113.696.334**

ZAMBRANO GIRON

APELLIDOS

YULIZA

NOMBRES



Yuliza Zambrano

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1999**

PRADERA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **A-** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-ABR-2017 PALMIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-3107900-00901678-F-1113696334-20170502 **0055**206416A 1 47560391

. . . NACIONAL DEL ESTADO CIVIL . .

Powered by CamScanner

Acta de Grado

Dane: 176563000091
Icfes: 018747-671263

Institución Educativa

Francisco Antonio Zea

En el Municipio de Pradera (Valle del Cauca), a los uno (01) día del mes de Diciembre de Dos Mil Diecisiete (2017), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la

Institución Educativa Francisco Antonio Zea

Con Aprobación Oficial de estudios según Resolución Nº 0608 del 15 de Abril del 2010 y 2068 del 28 de Agosto de 2013 emanada de la Secretaría de Educación Departamental, autorizada para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, Resolución No 01714 del 07 de Junio de 2016 Jornada Única.
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Básico Secundaria y Media, se procedió a otorgar el título de

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

Yuliza Zambrano Girón

T.I. No. 990316-16618 de Pradera - Valle

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 039 de fecha 01 de Diciembre de 2017, Que consta de 71 estudiantes, libro 04

Comienza con el nombre de **MÓNICA ESPERANZA ACHICANOY JOAQUI**
y se cierra con el nombre de **MARÍA ANGELY ZAMBRANO MELO**

Firmada y sellada por la Licenciada **MARÍA AMALFI OPANCE** *(Rectora),*
y **CONSUELO DÍAZ BONILLA** *(Secretaria).*

Dada en Pradera Valle, a los un (01) día del mes de Diciembre de 2017.
En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto 180 de 1981 y del Decreto 921 de 1994.

MARÍA AMALFI OPANCE
C.C Nº 29.701.401 de Pradera (V)
Rectora

CONSUELO DÍAZ BONILLA
C.C Nº 29.699. 467 de Pradera (V)
Secretaria

Powered by CamScanner

Los suscritos Directora de sede y el Coordinador Académico Palmira del Centro Nacional de Capacitación Laboral –CENAL sede Palmira (Valle), en uso de las facultades que les confiere el Capítulo V del Manual de Convivencia, expiden la siguiente Acta de Grado, acogida a la resolución de aprobación No. 600-002-003-1394 del 24 de agosto de 2009, emanada de la Secretaría de Educación Municipal, actuando en nombre del Ministerio de Educación Nacional.

Acta de Terminación de Estudios No. 0422-3658

La Directora sede y la Coordinadora Académica de Palmira del Centro Nacional de Capacitación Laboral – CENAL, teniendo en cuenta:

Que La señora: ***Yuliza Zambrano Giron***

Con Cedula de ciudadanía No 1113696334
Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo con las reglamentaciones académicas del programa de competencias laborales en ***técnico laboral por competencias en Auxiliar en Salud Oral*** con una duración de 1800 horas.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, se le otorga el siguiente certificado de conocimientos académicos en:

Auxiliar en Salud Oral

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Terminación de Estudios en la ciudad de Palmira (Valle) a los veintidos (22) días del mes Abril de Dos Mil veintidós (2022).

CLAUDIA MILENA PINTO ESCOBAR
DIRECTORA DE SEDE

VICTORIA ALZATE MORALES
COORDINADORA ACADÉMICA

REGISTRADO AL FOLIO 268 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No 002, DIPLOMA Nº 3658

Powered by CamScanner

La República de Colombia

Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Centro Nacional de Capacitación Laboral

CENAL®

Con licencia de funcionamiento resolución 1394 de 2009 y registro de programa mediante resolución 2386 de 2016 emanada por la Secretaría de Educación Municipal de Palmira expide este Certificado de **técnico laboral por competencias** a:

YULIZA ZAMBRANO GIRON

Identificado (a) con C.C. 1.113.696.334

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente el programa de formación laboral

otorga el certificado de: técnico laboral por competencias en

AUXILIAR EN SALUD ORAL

Con duración de 1600 horas

En testimonio de ello se firma en Palmira a los 22 días del mes de Abril del año 2022

Director (a) Sede
Claudia Milena Pinto Escobar

Coordinador Académico
Victoria Eugenia Alzate Morales

Anotado en el control interno del plantel, en el libro No. 2 Folio No. 268 Diploma No. 3658

Powered by CamScanner

Hospital San Roque
Empresa Social del Estado
Pradera - Valle

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ROQUE DE PRADERA VALLE

NIT: 891301121

HACE CONSTAR

Que, revisando el archivo de la entidad, y se puede constatar que la señora **YULIZA ZAMBRANO GIRON**, titular de la C.C. **1.113.696.334** a prestado sus servicios en la institución a bajo las actividades de **"PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA EN APOYO A LOS PROCESOS MISIONALES DE LA ESE HOSPITAL SAN ROQUE"** en la modalidad de contratistas de prestacion de servicios sin ningun vinculo laboral con la empresa:

2022	303-2022	2022/09/29	2022/10/29
2023	099-2023	2023/01/20	2023/04/30
2023	OTRO SI 099-2023	2023/05/01	2023/06/30
2023	316-2023	2023/07/20	2023/08/31
2023	OTRO SI 316-2023	2023/09/01	2023/09/30
2023	466-2023	2023/12/13	2023/12/28
2024	112-2024	2024/01/17	2024/03/31
2024	266-2024	2024/04/15	2024/06/30

En constancia de lo anterior se firma a los dos (02) días del mes de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

Atentamente:

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
Gerente - Hospital San Roque

PROYECTO: YEINFER YISEL BELTRAN PASTES

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:06:14 PM horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1113696334**

Apellidos y Nombres: **ZAMBRANO GIRON YULIZA**

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

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305791377

PIB
14:10:49
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 de noviembre 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) YULIZA ZAMBRANO GIRON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1113696334:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 14:09:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1113696334
Código de Verificación	111369633426110314095 8

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

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, 03/11/2026 02:08:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1113696334** y Nombre: **YULIZA ZAMBRANO GIRON.**

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. **150818946** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 14:16:02 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1113696334,** Apellidos y Nombres **ZAMBRANO GIRON YULIZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN ROQUE**, con NIT **891301121-1** 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.

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 1113696334 **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 03/11/2026 02:12 PM

Código Verificación: **RGASPUNFV5**

Válida hasta: **03/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Nequi

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

Certificado de depósito de bajo monto

Sábado, 13 de junio de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que YULIZA ZAMBRANO GIRON identificado con cédula de ciudadanía 1113696334, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3215295036	87054496359	ACTIVA	23-12-2021

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

Un saludo
Equipo Nequi

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

Fogafín Producto protegido por el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co

Powered by CamScanner

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	2026-07-02 16:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YULIZA		ZAMBRANO	GIRON

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1113696334

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	PRADERA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	PRADERA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	PRADERA

Dirección	["CALLE 10 No. 10-30"]
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	
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$700,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$700,00

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

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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141163128741

(415)7707212489984(8020) 000014116312874 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 3 6 9 6 3 3 4	2	Impuestos y Aduanas de Palmira	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 3 6 9 6 3 3 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZAMBRANO	GIRON	YULIZA	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Pradera 5 6 3

41. Dirección principal: CL 3 # 14

42. Correo electrónico: yulen1605molly@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 5 2 9 5 0 3 6	3 1 4 8 6 8 3 8 4 3

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadoras						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2025-02-19 / 01:57:37PM

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: ZAMBRANO GIRON YULIZA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YULIZA ZAMBRANO GIRON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.113.696.334,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YULIZA ZAMBRANO GIRON identificado(a) con CC 1113696334 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 17/09/2026

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SANACION Y VIDA I.P.S S.A.S. SEDE PRADERA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes 11 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones



JADIS MORALES JIMENEZ
MEDICO LABORAL
Llc. 05395082016 Cel: 3185273812

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Pradera Valle

Fecha del certificado: 02 julio del 2026

Certificado de Aptitud laboral INGRESO

1. Datos de identificación del aspirante:

Nombre del trabajador: YULIZA ZAMBRANO GIRON

Cédula de ciudadanía No: 1.113.696.334 de Palmira Valle **EPS :** Nueva eps

Sexo: Femenino: X Masculino: ____ **Rh: A+** **F.N:** 16/03/1999 **Edad:** 27 años

Empresa: ESE Hospital San Roque Pradera
Cargo : Auxiliar de facturacion **Area:** Facturacion

2. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y VISIOMETRIA.

El servicio médico ocupacional con el Dr. Jadis Morales, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el dempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto__X__ Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal _____
Apto con restricciones que limitan su trabajo normal
Aplazado ___ No Apto ____

3. Restricciones y/o Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

Restricciones: Ninguna
Recomendaciones Para el trabajador:
Realizar pausas activas,de acuerdo a las normas de la empresa
auto-cuidado dieta y ejercicio.

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.



Firma - Médico Ocupacional
L.S.O. N° 05395082016
moralesjlme1968@gmail.com

Firma Paciente
c.c.

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Carga Auxiliar e Higienista oral
Título
Nombre Yuliza
Apellidos ZAMBRANO GIRON
Fecha de Nacimiento 16/03/1999 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género Mujer
¿Tiene alguna discapacidad? ○ Si ◉ No
Nombre y apellido YULIZA ZAMBRANO GIRON
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1113696334
Dirección Manzana A casa 14 B/ el prado
Código postal
Estrato 1
Ubicación Pradera
País COLOMBIA
Correo electrónico yulen1605molly@gmail.com
Teléfono 314 8683843
Celular 3106929688

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es tu apodo?
Respuesta yu
SMS para recuperar la contraseña 3106929688

Editar

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b9c2669c-a0b6-4113-ae43-1d7adc56bcef

Nombres y apellidos / Full name: YULIZA ZAMBRANO GIRON

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 1 3 6 9 6 3 3 4

Fecha de nacimiento / Date of birth: 16/03/1999

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3217641506

Correo electrónico / e-mail: SOTELOOSCAR@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
VPH	Primera	29	05	2013		H020319	PRADERA COOMEVA SANTA HELENA	
VPH	Segunda	29	11	2013		J006451	PRADERA COOMEVA SANTA HELENA	
TD Adulto	Primera	20	01	2018			PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	SALUD Y VIDA
TD Adulto	Segunda	20	02	2018			PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	SALUD Y VIDA
Fiebre Amarilla	Única	23	06	2018			PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	SALUD Y VIDA
TD Adulto	Tercera	30	09	2019		221501517B	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JESIKA MARIA ARTEAGA
COVID JANSSEN	Única	11	11	2021	Janssen	204F21A	PALMIRA SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS UPREC	MAYDA ANDREA DIAZ MORENO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	11	07	2022	Moderna Biotech	060M21A	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	MARTHA CECILIA DELGADO ROMERO
TD Adulto	Cuarta	18	04	2023	Serum	2331L027C	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	05	10	2023	BUTANTAN	230049	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO
TdaP Acelular Gestante	Anual	28	12	2023	Sanofi Pasteur	C5874AB	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	01	11	2024	Green Cross	V50524003	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	10	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525005	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO - CC29705358 - ACTIVO
TD Adulto	Quinta	12	12	2025	Serum	2334L008A	PRADERA ESE HOSPITAL SAN ROQUE	JACKELINE CARO ARANGO - CC29705358 - 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 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

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b9c2669c-a0b6-4113-ae43-1d7adc56cacf

Nombres y apellidos / Full name: YULIZA ZAMBRANO GIRON

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 1 3 6 9 6 3 3 4

Fecha de nacimiento / Date of birth: 16/03/1999

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3217641506

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator

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.

Resultado General -2026-06-13 - 10:00:26 AM

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
CC	1113696334	YULIZA		ZAMBRANO	GIRON	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YULIZA ZAMBRANO GIRON identificado(a) con CC 1113696334 registra La siguiente información:

2026-06-13 - 10:00:26 AM

Información Académica

[redacted]

AUX	**Local**	**AUXILIAR EN SALUD ORAL**	**2022-05-05**	**762541**	**DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE**

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

Powered by CamScanner