REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.915.587

SANCHEZ IGLESIAS
APELLIDOS

YULEIDY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1990

AGUACHICA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-JUN-2008 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00150749-F-1082915587-20090224 0010010947A 1 32422001

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS, Identificado con Cédula No. 1082915587 y Profesión **MEDICO** **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	X	
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	X	
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	X	
5	Propuesta de Servicios	X	
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
12	RUT - Registro Único Tributario	X	
13	Hoja de Vida — Función publica	X	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**	X	
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).	X	
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)	X	
18	Tarjeta Profesional	X	
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)	X	
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.	X	
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		X
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.	X	
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
29	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*	X	
30	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	X	
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
32	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
33	Soporte de experiencia laboral.	X	
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)	X	
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx	X	

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: GRUPO FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082915587**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082915587	SANCHEZ	IGLESIAS	YULEIDY	N/A	2022-07-17, 1:33 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Santa marta, 12 de Diciembre de 2022

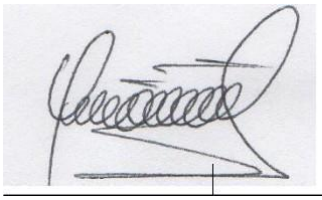
JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA
Agente Especial – Interventor
ESE. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

ASUNTO: PROPUESTA

Cordial saludo

A solicitud de su respeta institución Yo Yuleidy Sánchez Iglesias identificada con la Cedula de Ciudadanía 1.082.915.587, le solicito a usted me permita continuar prestando mis servicios como Medico General, espero reunir todas las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la Empresa.

Atentamente:



CC. 1082915587

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211302397

WEB
21:25:44

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2022

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) YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1082915587:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 12 de diciembre de 2022, a las 21:43:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1082915587
Código de Verificación	1082915587221212214347

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:42:32 PM horas del 12/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1082915587**
Apellidos y Nombres: **SANCHEZ IGLESIAS YULEIDY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/12/2022 09:45:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1082915587 .**

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. **48390680** . 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14392327393

(415)7707212489984(8020) 000001439232739 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 1 5 5 8 7	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 9 1 5 5 8 7	2 0 0 8 0 6 1 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	IGLESIAS	YULEIDY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ P CA 9 URB LA ROSALIA SECTOR 1

42. Correo electrónico: yuleidys12@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 3 1 8 9 5 7 0	3 1 0 7 6 4 4 0 8 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2016 - 10 - 10

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ IGLESIAS YULEIDY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SANCHEZ	IGLESIAS	YULEIDY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No.

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 17 MES 04 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CESAR

MUNICIPIO AGUACHICA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 66 B 45 A 15

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3178916630 EMAIL YULEIDYS12@HOTMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	**11**	MES 12 AÑO 2006

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO	07	2014	1327403

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	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* SUBGCENTIFICA@HUJMB.COM
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 01 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION PEDIATRIA		*DIRECCIÓN* CARRERA 14 #23-42
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BENEDICTO	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* CLINICABENEDICTO@HOTMAIL.COM
TELÉFONOS 4236265	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 12 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS		*DIRECCIÓN* CALLE 23 # 14-46
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE. SAN ANTONIO DE PADUA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* SIMITI		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* HOSPITALSIMITI@GMAIL.COM
TELÉFONOS 5699258	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 06 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DÍA 08 MES 11 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* URGENCIAS/HOSPITALIZACION/CIRUGIA		*DIRECCIÓN* CALLE DEL HOSPITAL 10-16
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su nombre

La Institución Educativa Distrital

Julio José Ceballos Ospino

Buritaca - Santa Marta

Aprobada por resolución 1173 del 17 de Julio de 2003 de la Secretaría de Educación

CONFIERE A:

Yuleidy Sánchez Iglesias

D.I. T.I. No. 52490 de SANTA MARTA

El Título de

BACHILLER ACADEMICO

CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los Planes y Programas vigentes

Rector(a)

Betty del Prado Durán
Secretario(a)

Libro 001 Folio 29 Acta 006 Año 2006.

Dada en Santa Marta a los seis (6) días del mes de Diciembre de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería jurídica: Resolución 24193 del 23 de Diciembre de 1961 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 2890 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

YULEIDY SÁNCHEZ IGLESIAS

con cédula de ciudadanía No. 1.082.915.587 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Santa Marta el día 11 de Julio de 2014

Director(a) Sede

Rector(a) (E)

Gloria Patricia Ramos
Secretario(a) General

Folio No. 104 Libro de Registros No. 7 Registro No. 8018 Refrendado en Santa Marta el día 11 de Julio de 2014

Diseñó y Diplomó: Juan Alonso Cortés Londoño

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 59

PROGRAMA: MEDICINA

CÓDIGO SNIES: 3529

FECHA: 11 DE JULIO DE 2014.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS
con cédula de ciudadanía No 1.082.915.587 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de MEDICA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 08 en sesión del día 18 de Junio de 2014.

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede,
Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector(a) (E): MARITZA RONDON RANGEL

Director(a) de Sede HERMES JAIME GUTIERREZ PIEDRAHITA

Decano(a) Facultad SALIN RAMON TOUCHIE MEZA

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 11 DE JULIO DE 2014.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

C108291558700102502

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **YULEIDY SÁNCHEZ IGLESIAS**, identificado(a) con C.C. No. 1082915587 y T.P. o R.M. No. 1327403 del(a) Ministerio de Salud, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el lunes 12 diciembre 2022 a solicitud del(a) interesado(a).

JOSE SINAY AREVALO LEAL
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

GOBERNACION DE BOLIVAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 13027403
(05 SET. 2014)

Por medio de la cual se autoriza la Inscripción, Registro de un Título Profesional y se Autoriza el ejercicio de sus funciones.

EL COORDINADOR GRUPO DE TALENTO HUMANO

En cumplimiento al Decreto 1875 de 03 de agosto de 1994 y en uso de sus atribuciones legales ante la Secretaria de Salud Departamental, conferidas en la Resolución Número 0224 del 4 de Marzo de 2013 y

CONSIDERANDO:

1.- Que **YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS,** identificado (a) con la cedula de ciudadanía número **1.082.915.587** de **Santa Marta (Magdalena)**, ha solicitado, a esta Secretaría, la Inscripción y Registro de su Título como **MEDICA,** otorgado por **la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** el día 11 de Julio de 2014, según Acta de Grado No. **59** de fecha 11 de Julio de 2014.

2.- Que dicho Titulo se encuentra debidamente Registrado ante el Ministerio de Educación Nacional e igualmente registrado en la institución en mención en el Libro No. **7**. Folio No 104 de fecha 11 de Julio de 2014.

3- Que en cumplimiento de la Resolución 1058 de 23 de marzo de 2010 y sus reglamentos, así como al articulo 10 de la Resolución 0566 de 16 de Marzo de 2011, expedida por el Ministerio de la Protección Social, por el cual se delega a las Direcciones Departamentales de Salud la autorización de realizar los sorteos para la adjudicación de Plazas del Servicio Social Obligatorio a egresados en los programas de MEDICINA, BACTERIOLOGIA, ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA. Y de acuerdo con el Sorteo realizado el dia 22 de Julio de 2014 en la sede de la Secretaria de Salud Departamental de Bolivar, **YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS**, no salió favorecido(a) para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio

4.- Que de acuerdo con lo dispuesto en las normas anteriormente citadas,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Autorizase a **YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía número **1.082.915.587** de **Santa Marta (Magdalena)**, para ejercer la Profesión de **MEDICA** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Cartagena de Indias a los 05 SET. 2014

CARLOS PEREZ VENECIA
P.U. Coordinador Grupo de Talento Humano

Proyectó Elaboró Verificó: **ROBERTO GOENAGA CURI.**
Oficina de Registros Profesionales


MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
13 27403/2014
Registro No.
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
Profesión u Ocupación
MÉDICO
Nombres y Apellidos
YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS
C.C. o C.E.
1082915587
Institución de Educación
UNICOOP. D COL
Ciudad
SANTA MARTA
Código 89188/47
Fecha de Expedición 19/06/2015

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam… 1

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

1299

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-12-12→10:09:43 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082915587	YULEIDY		SANCHEZ	IGLESIAS	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) YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS identificado(a) con CC 1082915587 registra La siguiente información:

2022-12-12→10:09:43 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora	La información dispuesta se encuentra en
UNV	Local	Medicina	2014-09-05	27403	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	

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

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

PÓLIZA 802031952
CERTIFICADO RM23079
REFERENCIA PAGO ELECTRONICO 0900058673

UBICACION: SANTA MARTA **USUARIO:** JNUNEZ **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 13 MM 12 AAAA 2022

TOMADOR	SANCHEZ IGLESIAS YULEIDY	**C.C. O NIT:**	1082915587 8
DIRECCIÓN:	CR 66 B 46 A 15	**CIUDAD:**	SANTA MARTA
E-MAIL:	yuleidys12@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3126189471
ASEGURADO:	SANCHEZ IGLESIAS YULEIDY	**C.C. O NIT:**	1082915587
DIRECCIÓN:	CR 66 B 46 A 15	**CIUDAD:** SANTA MARTA	**TEL.** 3126189471
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	0000000000
DIRECCIÓN:		**CIUDAD:**	**TEL.**

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DD MM AAAA	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE 13 12 2022	HASTA 13 12 2023			250,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM:	MONEDA	VALORES
100.00	DIRECTO					PRIMA NETA	PESOS	210,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	39,900.00
						TOTAL		249,900.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS	13-12-2022	13-12-2023	0.00	250,000,000.00	175,000.00	10	1,500,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia	13-12-2022	13-12-2023	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento	13-12-2022	13-12-2023	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia	13-12-2022	13-12-2023	0.00	50,000,000.00	35,000.00	10	900,000.00
Gastos Judiciales de Defensa / Evento	13-12-2022	13-12-2023	0.00	50,000,000.00	0.00	10	900,000.00

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION:MEDICO

EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA 15/07/2022-1308-P-06-SU-OD-09-03-RCME-D00I Nota Tecnica: 15/07/2022-1308-NT-P06 NT-RC-EPMGLPCM04

(415)7709998911901(8020)0900058673

María Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.596

TOMADOR

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yuleidy Sánchez Iglesias

c.c. 1082915587 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2021-12-22
Fecha de vencimiento: 2023-12-22

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Verificación

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yuleidy Sánchez Iglesias

c.c. 1082915587 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2021-12-20
Fecha de vencimiento: 2023-12-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

YULEIDIS SANCHEZ IGLESIAS

C.C. 1.082.915.587

Por haber asistido y aprobado el curso:

formación continua en

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado en modalidad virtual, **los días 8 al 10 de Marzo de 2021.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Escaneado con CamScanner

ACESS

Otorga el presente certificado a

YULEIDIS SANCHEZ IGLESIAS

C.C. 1082915587

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual los días 01 y 02 de Marzo **de 2021**,
con una intensidad horaria de **20 horas**.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

Escaneado con CamScanner

www.acess.com.co

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

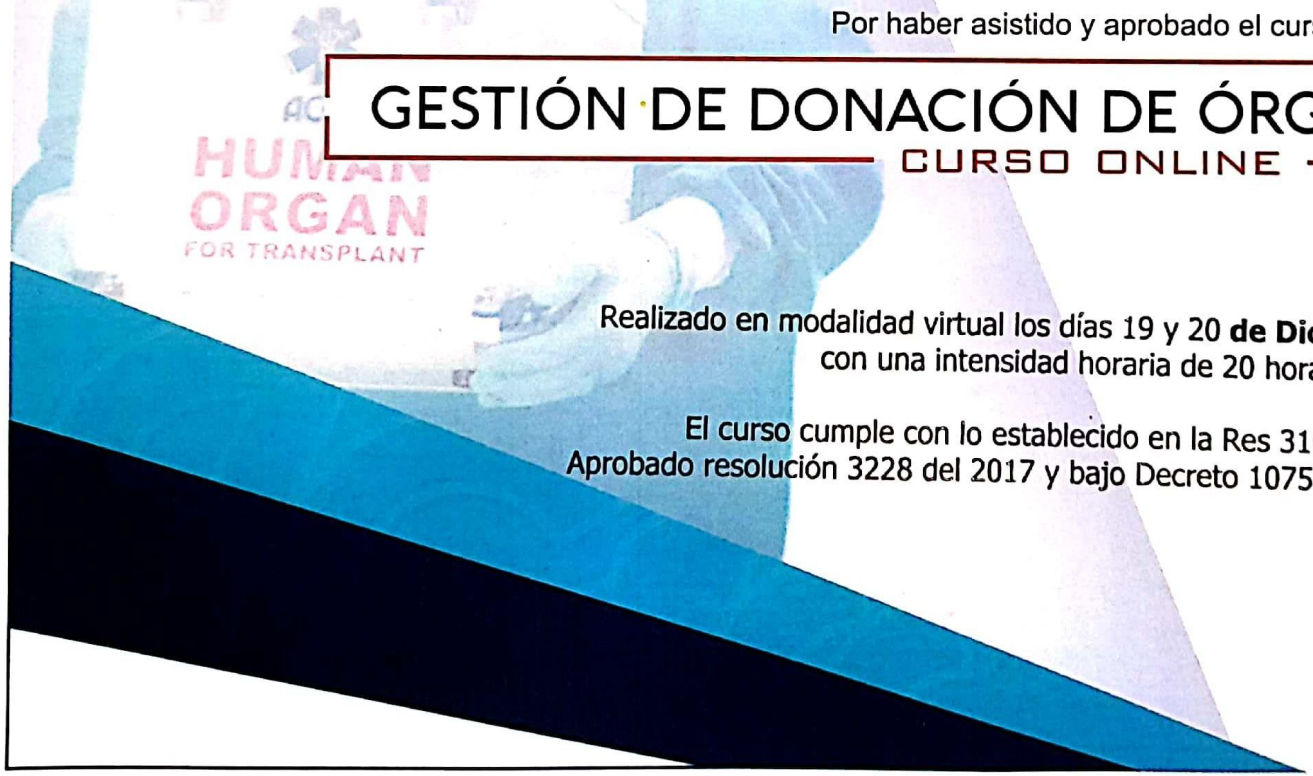
YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS

C.C. 1.082.915.587

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE



Realizado en modalidad virtual los días 19 y 20 **de Diciembre de 2020,**
con una intensidad horaria de 20 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Yuleidy Sánchez Iglesias

c.c. 1082915587 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Decreto 1033 de 2014.
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2021-12-22
Fecha de vencimiento: 2023-12-22

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

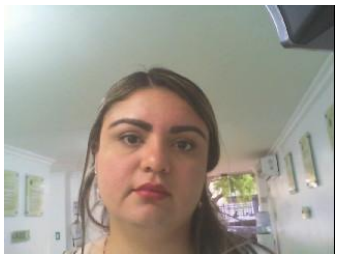
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

A.I.S.O.M. LTDA.
ASISTENCIA INTEGRALEN MEDICINA DE TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900260832 – 0

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 23/Dic/2020, **Hora:** 07:07:25 a.m.
Apellido: Sanchez Iglesias **Nombre:** Yuleidy
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1082915587
Empresa: Particular
Cargo: Medico
Lugar:
Direccion: Carrera 66 B 46a 15 Villa Luz
Telefono: **Celular:** 3178916630 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 64 Kg **Estatura:** 162 Cm **IMC:** 24.3 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

HC: # 62614
Edad: 30 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 17/Abr/1990
Rh: O+

.

Examenes Realizados

Visiometria	Rayos X De Torax	Vdrl Serologia	Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G)	Baciloscopia (b.a.a.r.)	Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Dieta
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad
.

Observaciones

Se Recomienda Cumplir Con Los Protocolos De Bioseguridad Distanciamiento Social, Lavado De Manos Cada 2 Horas Y Tapaboca Permanente, Si Presenta Alguna Sintomatología Reporta En La Encuesta Diaria De Su Empresa.





Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386





Yuleidy Sanchez Iglesias
CC 1082915587

Huella Digital

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

LA SUSCRITA CORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que **YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS** , Identificada con Cedula de Ciudadania N° 1.082.915.587 expedida en Santa Marta (Magdalena), laboro en esta institucion desde el 1 de Diciembre de 2015 hasta el 30 de Noviembre de 2017, desempeñando el cargo de **Medico General,** con un ingreso mensual de DOS MILLONES CIENTO OCHO MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS (**$ 2.108.715)** con Contrato Individual de Trabajo a Termino Fijo.

Se expide esta certificacion a solicitud de la interesada, el dia 18 de Diciembre de 2017.

AMPARO CAMARGO BOHORQUEZ
Coordinadora de Talento Humano

Calle 32 N.32-64 Oficina 5 Rivera
plaza -Bucaramanga
Teléfono: (7) 6828215
Celular: 3178949897
asistencialsalud@hotmail.es

LA ASOCIACION SINDICAL DE LA RAMA DE LA SALUD
¨ASISTENCIAL SALUD¨

CERTIFICA

Nombre: YULEIDY SANCHES IGLESIAS
C.C.: 1.082.915.587

Estuvo afiliada a ASISTENCIAL SALUD, desempeñando el cargo de MEDICO GENERAL, en la **E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA DE SIMITI BOLIVAR** desde el día 01 de febrero de 2015 hasta el 08 de noviembre de 2015.

Se expide en Bucaramanga a solicitud de la interesada a los veintisiete (27) días del mes de Diciembre de 2016.

ASISTENCIALSALUD
NIT. 900493504
LINA MARIA MALAGON RODRIGUEZ
LA ASOCIACION SINDICAL DE LA RAMA DE LA SALUD
"ASISTENCIAL SALUD"
Presidenta

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE COESPROSALUD CTA

CERTIFICA QUE:

Nombre: YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS

C.C:1.082.915.587

Se desempeñó desde **01/06/2014** hasta el **31/01/2015** **EN EL OBJETO DEL CONTRATO LA EJECUCION DEL PROCESO DE FACTURACION DE LA E.S.E HOSDPITAL SAN ANTONIO DE PADUA SDE SIMITI**, con una compensación de tres millones quinientos mil pesos M/C ($3.500.000), más recargos y horas extras.

Cargo: Medico

Dependencia: urgencias, hospitalización y cirugía

Tipo de vinculación: convenio de asociación indefinido)

Se expide a solicitud del interesado a los diecisiete (27) días del mes de Diciembre de 2016.

Atentamente,

Coesprosalud C.T.A.
Angela Patricia Pinzón Ayala
Gestora de Recursos Humanos

ANGELA PATRICIA PINZON AYALA
GESTORA DE RECURSOS HUMANOS
NIT 804009908-1.
PROYECTO: SONIA MIREYA DUARTE ACELAS

válido en Colombia
entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yuleidis

Apellidos: Sanchez Iglesia.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1082915587

Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 04 Año 1990

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	22-09-16	009V4015A	maira
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	02-03-10	021M3040A	Yoida
	2	07-04-10	021M3040A	Yoida
	3	12-09-10	021A3035E	MARTA
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	9-01/13	UVA/3024	Maidel Padrón
	2	11.02-13	UVA/3024	LOURDO
	3	12.04\13	VAL2005	Miguel Arroyo
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	26-09-11	G5055	
	2	26-03-13	121VFC0072	
Contra Influenza	1	11-01-17	N3B88	
	2	24-04-17	012N017	
Virus de Papiloma Humano				

INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
AGRIPAL S1	1	11-01-17	N3B88	

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1	08/05/13	5101328	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA

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	OTRO	Fecha de publicación	2021-12-13 09:16

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YULEIDY		SANCHEZ	IGLESIAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082915587

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	AGUACHICA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

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 último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$4.535.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$4.535.000,00

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

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2021

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2117664294458

(415)7707212489984(8020) 000211766429445 8

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1082915587	8	SANCHEZ	IGLESIAS	YULEIDY		19

24. Actividad económica principal: 8621 — Si es una corrección indique: — 25. Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable siguiente — 28. Pérdidas fiscales acumuladas años anteriores, sin compensar: 0

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	171,598,000	Deudas	30	0	Total patrimonio líquido	31	171,598,000

Cédula general

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas por honorarios y comp. de serv. personales sujetos a costos y gastos y no a las rentas exentas num. 10 art. 206 E.T.		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos		32	396,000	43	102,000,000	58	0	74	910,000
Devoluciones, rebajas y descuentos								75	0
Ingresos no constitutivos de renta		33	17,000	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes				45	61,900,000	60	0	77	200,000
Renta líquida		**34**	379,000	**46**	40,100,000	**61**	0	**78**	710,000
Rentas líquidas pasivas - ECE						62	0	79	0
Rentas exentas	Aportes voluntarios AFC, FVP y/o AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
	Otras rentas exentas	36	110,000	48	0	64	0	81	0
	Total rentas exentas	**37**	110,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables	Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
	Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0
	Total deducciones imputables	**40**	0	**52**	0	**68**	0	**85**	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)		**41**	110,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio				**54**	40,100,000	**70**	0	**87**	710,000
Pérdida líquida del ejercicio				**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas				56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria		**42**	269,000	**57**	40,100,000	**73**	0	**90**	710,000

Ren. líquida céd. gen.	91	41,189,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	110,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	41,079,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. por exc renta presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	41,079,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	**101**	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	**103**	0

Cédula de dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**106**	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	111	0
Rentas deudores régimen Ley 1116 de 2006, Decretos 560 y 772 de 2020	112	0
Utilización pérdidas fiscales acumuladas (Inc. 2, art 15 Decreto 772 de 2020)	113	0
Costos por ganancias ocasionales	114	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	115	0

Liquidación privada

Ganancias ocasionales gravables	**116**	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables — General y de pensiones	117	285,000
Renta presuntiva y de pensiones	118	0
Por dividendos y/o participaciones año 2016	119	0
Por dividendos y/o participaciones año 2017 y siguientes, 1a. subcédula	120	0
Por dividendos y/o participaciones año 2017 y siguientes, 2a. subcédula, y otros	121	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**122**	285,000
Descuentos — Imp. pagados en el exterior	123	0
Descuentos — Otros	125	0
Donaciones	124	0
Total descuentos trib.	**126**	0
Impuesto neto de renta	**127**	285,000
Impuesto de ganancias ocasionales	128	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	129	0
Total impuesto a cargo	**130**	285,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	131	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	132	0
Retenciones año gravable a declarar y/o abono por inexequibilidad impuesto solidario por el COVID -19	133	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	134	0

Saldo a pagar por impuesto	135	285,000	Sanciones	136	0	Total saldo a pagar	137	285,000	Total saldo a favor	138	0

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio reservado para la entidad recaudadora

DIAN
2022-09-12 / 11:46:21 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

980. Pago total $: 0

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91000940107588

20220338291235

RECIBIDO

Bogotá, Diciembre 12 de 2022

Señora:
SANCHEZ IGLESIAS YULEIDY
CC. 1082915587
CR 66 B 46 A 15 VILLA LUZ - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 1 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
QUIROGA SANCHEZ NORBERTO	1082865716	T	Ene-10-2017	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SANCHEZ IGLESIAS YULEIDY	1082915587	C	May-1-2016	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA BENEDICTO SA	1082915587	Dependiente	CERRADO
CLINICA BENEDICTO SA	1082915587	Dependiente	CERRADO
GESTION LABORAL INTEGRAL SAS	1082915587	Dependiente	CERRADO
YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS	1082915587	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

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:

YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.915.587**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1082915587, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/08/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201022184793.

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de Diciembre de 2022.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 12/12/2022 8:59:07 a. m.
ISCDC: 12/12/2022 8:59:07 a. m.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	GRUPO FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO	01/01/2016

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

YULEIDY SANCHEZ IGLESIAS														Sexo			
														M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082915587	SANTA MARTA	17/06/2008

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X							X	3			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
17	4	1990	AGUACHICA/ CESAR	CARRERA 66 B # 46 A 15 VILLA LUZ	MAGDALENA / SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
YULEIDYS12@HOTMAIL.COM	3178916630	3178916630

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8	6	2	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
	ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 4.485.000			Total Egresos mensuales 3.900.000				
Otros Ingresos Mensuales 0			Otros Egresos Mensuales 0				
Total Activos 20.000.000			Total Pasivos 15.000.000				
Mes y año de corte de la información financiera suministrad	Mes 12	Año 2022	Es declarante?	SI	X	NO	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

INGRESOS LABORALES

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: INGRESOS LABORALES _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):