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

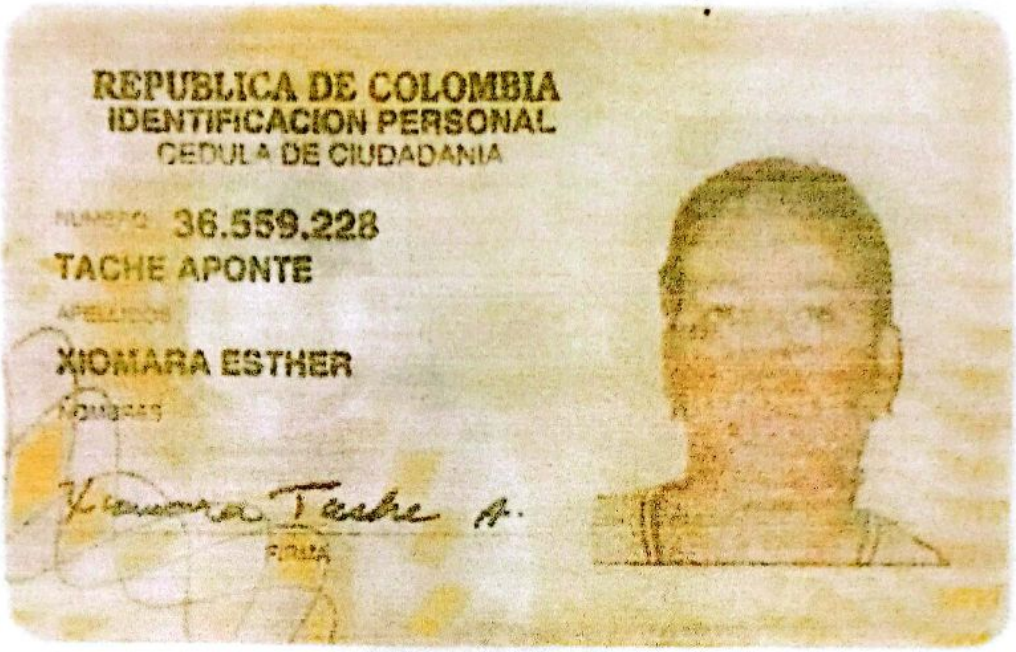
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Yesmira Tache, Identificado con Cédula No. 36.559.228 y Profesión Auxiliar de Enfermería **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable 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: Yesmira Tache A.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**		
5	Propuesta de Servicios		
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)		
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
12	RUT - Registro Único Tributario		
13	Hoja de Vida — Función publica		
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual).**		
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)		
18	Tarjeta Profesional		
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
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.*		
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*)		
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.*		
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***).		
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
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.		
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
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**)		
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx		

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: _____

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.559.228
TACHE APONTE
APELLIDOS
XIOMARA ESTHER
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1961
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G S RH
F SEXO
19-ABR-1995 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2100100-00125977-F-0036559228-20081108 0005555429A 2 4470003304

Powered by CamScanner

SIJI

Pantalla Principal

persona natural

persona juridica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **36559228**

Resultados encontrados:

#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36559228	TACHE	APONTE	XIOMARA	ESTER	2022-07-29, 17:54

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Powered by CamScanner

Santa Marta, Febrero 13 del 2023

Doctor
José Rafael Domínguez Ayala
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mí propuesta como AUXILIAR DE ENFERMERIA, función que desempeñaré a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesita y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta.

Atenta

Xiomara Tache A.

XIOMARA ESTHER TACHE APONTE

C.C 36.559.228

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCION No 47- 0 8 1 4

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una institución de Educación No Formal, en el área de la salud

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones Nos. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de1994, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

1. Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de educación no formal, para su debido ejercicio.

2. Que XIOMARA ESTHER TACHE APONTE con cédula de ciudadanía No 36.559.228 de Santa Marta - Magdalena ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO, según acta de certificación No. 113 de diciembre 28 de 2001.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el certificado como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado a XIOMARA ESTHER TACHE APONTE con cédula de ciudadanía No 36.559.228 de Santa Marta - Magdalena por EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO

PARAGRAFO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional

ARTICULO SEGUNDO: Notificar personalmente a Xiomara Esther Tache Aponte el contenido de la presente Resolución, conforme a lo establecido en el Decreto No. 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE 30 ENE 2002

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2.001

MARIO VELASQUEZ LINERO
Secretario de Desarrollo de la Salud

PIEDAD DE LA HOZ OROZCO
Profesional Universitario

Powered by CamScanner

Resultado General -2023-02-08→1:56:23 PM -2023-02-08→2:05:18 PM -2023-02-08→2:05:59 PM -2023-02-08→2:08:01 PM -2023-02-08→2:08:59 PM -2023-02-08→2:09:51 PM -2023-02-08→2:10:19 PM -2023-02-08→2:11:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36559228	XIOMARA	ESTHER	TACHE	APONTE	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) XIOMARA ESTHER TACHE APONTE identificado(a) con CC 36559228 registra La siguiente información:

2023-02-08→2:11:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	2002-01-30	817	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

Powered by CamScanner

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225650-2018

CERTIFICA QUE:

XIOMARA ESTHER TACHE APONTE

C.C. N° 36559228

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

XIOMARA ESTHER TACHE APONTE

Con Cedula de Ciudadania No. 36559228

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO.

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Marta. a los doce (12) dias del mes de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
Subdirector (E)
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

80137742 - 12/12/2021
FECHA REGISTRO

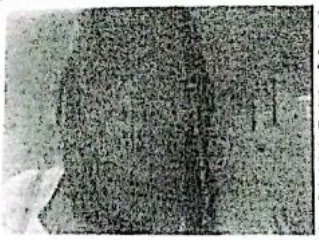
La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952900245397SCC36559228C.

Powered by CamScanner

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

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 10/Dic/2020, **Hora:** 07:16:06 a.m.
Apellido: Tache Aponte
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica
Lugar:
Nombre: Xiomara Esther
Nro Identidad: 36559228
HC: # 62028
Edad: 59 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 15/Ago/1961
Rh: O+
Direccion: Diagonal 38 A No5-66 Casa 7 Alto De Mamatoco
Telefono: **Celular:** 3013713258 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 77 Kg **Estatura:** 161 Cm **IMC:** 29.7 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Coomeva **ARL:** Colmena **AFP:** Colpensiones

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

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

Xiomara Esther Tache Aponte
CC 36559228

Huella Digital

Powered by CamScanner

Universidad Pontificia Bolivariana

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA

NIT 890.902.922-6

CERTIFICA QUE:

XIOMARA ESTHER TACHE APONTE identificado(a) con cédula de ciudadanía 36.559.228 de SANTA MARTA, se encuentra vinculado(a) a la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga mediante contrato de prestación de servicios como Cogestor(a) Social de la Estrategia UNIDOS Microrregión 40-A definida por la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema, en el Municipio de SANTA MARTA – MAGDALENA y en los siguientes periodos:

- 01 de noviembre de 2014 al 20 de diciembre de 2014, honorarios mensuales por $ 1.296.000
- 21 de diciembre de 2014 al 31 de diciembre de 2014, honorarios mensuales por $ 1.296.000
- 01 de enero de 2015 al 31 de julio de 2015, honorarios mensuales por $ 1.334.880
- 01 de agosto de 2015 al 15 de agosto de 2015, honorarios mensuales por $ 1.334.880
- 19 de agosto de 2015 al 31 de octubre de 2015, honorarios mensuales por $ 1.334.880
- 01 de noviembre de 2015 al 30 de noviembre de 2015, honorarios mensuales por $ 1.334.880

Las obligaciones consagradas en su contrato de prestación de servicios son las siguientes:

1. Participar de los procesos de Capacitación a los cuales sea convocado por el equipo de coordinación del Operador Social de acuerdo al Plan de Formación y Capacitación.
2. Participar en los procesos de formación y capacitación que lideren las instituciones prestadoras de servicios de manera que se garantice la entrega de información precisa y oportuna a las familias pertenecientes a la Red UNIDOS.
3. Participar de las sesiones de refuerzo a las capacitaciones cuando sea necesario.
4. Realización de informes de su gestión que permitan realizar los procesos de empalme e inducción a los nuevos actores de la Estrategia que contrate el operador.
5. Brindar información encaminada a la consolidación de procesos de sistematización de experiencias y gestión del conocimiento que permitan fortalecer el aprendizaje organizacional y de la Estrategia.
6. Participar de las jornadas de cualificación en oferta.
7. Presentar informes de la labor realizada en campo.
8. Brindar a las familias beneficiarias de la Red UNIDOS atención de Calidad en términos de la pertinencia y claridad de la información que suministra y registra, su periodicidad y la calidez con la que realiza su labor.
9. Participar en las capacitaciones de acuerdo con los lineamientos del Profesional de Capacitación.
10. Apoyar la implementación de los tres componentes de UNIDOS en el municipio a su cargo.
11. Participar en la coordinación de la organización y programación del trabajo en campo.
12. Realizar los planes de trabajo de acuerdo a lo establecido por el supervisor del contrato.
13. Captura y sincronización de información de las familias en el sistema de información de UNIDOS.
14. Identificar y canalizar las demandas por parte de las familias, sobre ampliación, modificación o introducción de programas y proyectos.
15. Asistir a los Consejos Municipales de Política Social en los casos que sea necesaria su participación.
16. Canalizar información de organizaciones sociales que permita a UNIDOS potenciar el acompañamiento comunitario.
17. Identificar y canalizar información local que facilite la gestión de logros de la población UNIDOS con tratamiento diferencial (grupos étnicos, población en situación de desplazamiento, personas discapacitadas, niñez y adulto mayor) cuando corresponda.
18. Apoyar en los casos que se requiera al Delegado Municipal en la implementación de acciones de fortalecimiento institucional (LBT, PATT, entre otras).
19. Garantizar y responder por el buen uso y adecuado funcionamiento del dispositivo de captura, cartillas, manuales, etc.
20. Atender la información y directrices enviadas desde nivel nacional, con respecto a temas relacionados con el funcionamiento del Sistema de Información, soporte técnicó y soluciones.
21. Realizar las evaluaciones realizadas al final de los procesos de capacitación en temas relacionados con el uso del Sistema de Información.
22. Reporte de casos a la Mesa de Ayuda, con relación a los inconvenientes presentados en el SISTEMA UNIDOS.
23. Hacer entrega al finalizar el contrato, de los equipos que le son entregados.
24. Las demás que en la ejecución del objeto contractual sean necesarias.
25. Aceptar los procesos de evaluación que le sean aplicados como Cogestor Social de UNIDOS.
26. Difundir en las familias UNIDOS las convocatorias que se abran en las diferentes instituciones y en las que se pueda focalizar población vinculada a la Estrategia.
27. Las demás derivadas, inherentes y necesarias para el desarrollo del objeto contractual.

Se expide la presente a solicitud del Interesado el 30 de noviembre de 2015.

SONIA [illegible] SERRANO MORA
Directora General
Departamento de Extensión Universitaria

SEDE MEDELLÍN Campus Universitario Circular 1ª Nº 70-01 / Teléfono: (057) (4) 4159015 / Fax (057) (4) 2502080 / Apartado Aéreo 56006 / E-mail: comrels@upb.edu.co
SECCIONAL BUCARAMANGA Autopista Piedecuesta Km 7 / Teléfono (057) (7) 6796220 / Fax: (057) (7) 6796221 / E-mail: info@upbbga.edu.co
SECCIONAL MONTERÍA Km. 8 Cerete / Teléfono: (057) (4) 7860146 / Fax: (057) (4) 7860912 / E-mail: crelinter@upbmonteria.edu.co
SECCIONAL PALMIRA Seminario Cristo Sacerdote, Km. 1 – Vía Tienda Nueva / Teléfono: (057) (2) 2702545 / Fax: (057) (2) 2723121 / E-mail: upbpalmira@upb.edu.co
www.upb.edu.co / Colombia / Suramérica

Powered by CamScanner

FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A.

FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S. A. ACTUANDO COMO VOCERA Y ADMINISTRADORA DEL CONTRATO DE ENCARGO FIDUCIARIO No 158 2013 DE MANDATO CON REPRESENTACION DENOMINADO FID 3-1-3029 ANSPE 2013 SUSCRITO CON LA AGENCIA NACIONAL PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA

INFORMA QUE:

Que en desarrollo del contrato de Fiducia Pública N°.158 de 2013, suscrito entre la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema ANSPE y la Fiduciaria de Occidente S.A.; cuyo objeto corresponde mediante la figura de encargo fiduciario de mandato con representación, administrar, adelantar las etapas precontractuales, contractuales y post contractuales y realizar los pagos que se requieran con los recursos financieros aportados por el fideicomitente para atender a la población de la Red Unidos en las microregiones 38, 48 y 50, nos permitimos certificar que:

1. Que en virtud del contrato de Encargo Fiduciario en mención el (la) señor(a) XIOMARA ESTHER TACHE APONTE, identificado (a) con cédula de ciudadania número 36559228, se encuentra vinculado(a) bajo la modalidad de prestación de servicios así;

Contrato:	**N°. 961**
Micro Región	No. 48 Magdalena
Objeto del Contrato:	Prestar sus servicios Técnicos con plena autonomía técnica y administrativa como Cogestor Social **TECNICO** en el Municipio de **SANTA MARTA**, Departamento de **Magdalena** de la Dirección de Promoción Familiar y Comunitaria de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema - ANSPE.
Fecha de iniciación:	31 de Enero de 2014
Fecha de terminación:	**31 de Octubre de 2014**
Valor del Contrato:	$12.096.000.00 Suma que incluye todos los impuestos generados.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1) Participar de los procesos de capacitación a los cuales sea convocado por el Grupo de Promoción Familiar y Comunitario de acuerdo al plan de formación y capacitación establecido.
2) Participar en los procesos de formación y capacitación que lideren las instituciones prestadoras de servicios de manera que se garantice la entrega de información precisa y oportuna a las familias pertenecientes a la Red UNIDOS de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema.
3) Participar de las sesiones de refuerzo a las capacitaciones cuando sea necesario.
4) Realizar informes de su gestión que permitan realizar los procesos de empalme e inducción a los nuevos actores de la Estrategia que contrate la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema.
5) Brindar información encaminada a la consolidación de procesos de sistematización de experiencias y gestión del conocimiento que permitan fortalecer el aprendizaje organizacional y de la Estrategia.
6) Participar de las jornadas de cualificación en oferta.
7) Presentar planes de trabajo e informes de la labor realizada en campo en los tiempos establecidos por la ANSPE.
8) Brindar a las familias beneficiarias de la Red UNIDOS de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema, atención de calidad en términos de la pertinencia y claridad de la información que suministra y registra, su periodicidad y la calidez con la que realiza su labor.
9) Participar en las capacitaciones de acuerdo con los lineamientos de los Profesionales del Grupo de Calidad del acompañamiento y formación.

Powered by CamScanner

10) Apoyar la implementación de los tres componentes de UNIDOS de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema en los municipios a su cargo.
11) Participar en la coordinación de la organización y programación del trabajo en campo.
12) Realizar los planes de trabajo de acuerdo a lo establecido por el Asesor Regional de Promoción.
13) Capturar y sincronizar la información de las familias en el sistema de información de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema.
14) Identificar y canalizar las demandas por parte de las familias, sobre ampliación, Modificación o introducción de programas y proyectos.
15) Asistir a los Consejos Municipales de Política Social en los casos que sea necesaria su participación.
16) Canalizar información de organizaciones sociales que permita a la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema potenciar el acompañamiento comunitario.
17) Identificar y canalizar información local que facilite la gestión de logros de la población UNIDOS de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema con tratamiento diferencial (grupos étnicos, población en situación de desplazamiento, personas discapacitadas, niñez y adulto mayor) cuando corresponda.
18) Apoyar en los casos que se requiera al Delegado Municipal en la implementación de acciones de Fortalecimiento Institucional (Línea Base Territorial, entre otras).
19) Garantizar el buen uso y adecuado funcionamiento del dispositivo de captura, cartillas, manuales, etc.
20) Atender la información y directrices enviadas desde nivel nacional, con respecto a temas relacionados con el funcionamiento del Sistema de Información, soporte técnico y soluciones.
21) Realizar las evaluaciones realizadas al final de los procesos de capacitación en temas relacionados con el uso del Sistema de Información.
22) Reporte de casos a la Mesa de Ayuda, con relación a los inconvenientes presentados en el sistema de información de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema.
23) Hacer entrega al finalizar el contrato, de los equipos y elementos de identificación institucional que le hayan sido entregados.
24) Las demás que en la ejecución del objeto contractual sean necesarias.

Que por su naturaleza, el contrato suscrito por el (la) señor(a) XIOMARA ESTHER TACHE APONTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 36559228, no generó vínculo laboral alguno con el Encargo Fiduciario No 158 de 2013 ni con la FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A.

La presente constancia se expide a solicitud del Contratista, en la ciudad de Bogotá; a los 31 días del mes de Octubre del Año Dos Mil Catorce

Atentamente,

KAREN CAMPO ROJAS
Coordinador de Gestión de Negocios - Fiducia Pública y Consorcios
FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S. A.
ACTUANDO en su calidad de Administradora del Contrato de Encargo Fiduciario No 158 de 2013 de mandato de Representación denominado Fid. 313029 ANSPE 2013

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	29-03-2021	Astrazeneca	CTMAU519	HUJMB.	Erika Aguirre	64869701
	2	29-06-2021	Astrazeneca	NH0302	HUJMB	[illegible]	57170494
Refuerzo		28-02 2022	Astrazeneca	NM 0219	[illegible]	Monica Camargo	1049341900

MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Xiomara Esther
Apellidos: Tache Aponte.
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 36.559.228
Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 08 Año 1961

Powered by CamScanner

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Sarampión Rubéola Paperas	1			
Toxoide Tétano Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis B	1	24-12-2021	UFX20008 Sanofi	Paolo polo
	2			
	3			
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

VACUNACION Cruz Roja Colombiana Seccional Magdalena Tel. 8917030227-9

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Más de medio siglo de labor humanitaria

Vacúnate mejor
Vacúnate seguro
Hacemos la diferencia

Cra. 5 No. 25 - 27 Santa Marta
Tel.: 431 95 37 Ext. 109 - 112 - 311 512 0581
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Nombres: Xiomara Esther

Apellidos: Tache Aponte

Documento de identidad: C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] PASAPORTE [ ]
No. 36.559.228

Fecha de Nacimiento: Dia 15 Mes 08 Año 1961

VACUNACION Cruz Roja Colombiana Seccional Magdalena Tel. 8917030227-9

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2023-02-08 18:09

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
XIOMARA	ESTHER	TACHE	APONTE

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36559228

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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:

Powered by CamScanner

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$1.800.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.800.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$50.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRÉSTAMOS BANCO	$20.000.000,00

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

Powered by CamScanner

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.

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

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:

Powered by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Febrero 8 de 2023

Señora:
TACHE APONTE XIOMARA ESTHER
CC. 36559228
DG 38A 5 66 CA 7 ALTOS DE MAMATOCO -
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 Enero 21 de 2019. 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
TACHE APONTE XIOMARA ESTHER	36559228	C	Ene-21-2019	52	26	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
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	36559228	Dependiente	CERRADO
XIOMARA ESTHER TACHE APONTE	36559228	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

Powered by CamScanner

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **XIOMARA ESTHER TACHE APONTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36559228,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/1982** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de febrero de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Powered by CamScanner

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 XIOMARA ESTHER TACHE APONTE, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36559228, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/01/2023 y fecha fin de contrato 28/02/2023 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): 202301012243120.

Esta certificación se expide a los 08 días del mes de Febrero de 2023.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Powered by CamScanner

HUJMB 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		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Yomara Esther Tache Aponte

Sexo: M [ ] F [✓]

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C [✓] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ]	36.559.228	En Santa Marta	19-04-1985

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
		✓					✓			✓				✓

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
15 08 1961	Santa Marta	Diagonal 38a # 5-66 casa 7 de 4 apartamentos	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Xeta1508aponte@hotmail.com	301 337 3258	

Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	[x]	Empleado		Hogar		Jubilado				

Detalle Actividad Ecopómica	Descripción del CIIU
Auxiliar de enfermeria	8692

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
HUJMB	Publica	✓	Privada		Mixta		Otra, cual? Auxiliar de enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Kra 14 #23-42	Santa Marta	Alcazares	4260007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules			
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales			
Total Activos			Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes	Año	Es declarante?	SI		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?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

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: _____ 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 barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me

Yomara Esther Tache Aponte

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):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner

DIAN
SEA UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14549030788

(415)7707212469984(8020) 000001454903078 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 9 2 2 8	3	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	3 6 5 5 9 2 2 8	1 9 8 5 0 4 1 9

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
TACHE	APONTE	XIOMARA	ESTHER

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: DG 38 A 5 66 CA 7 BRR ALTOS DE MAMATOCO

42. Correo electrónico: xeta1508aponte@hotmail.com

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

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 9 2	2 0 0 6 0 8 0 9	7 4 9 0	2 0 1 4 1 1 1 0				5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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 ☒ | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2019-05-29

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

664. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
665. Cargo

Fecha generación documento PDF: 24-12-2021 09:15:50AM

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

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
Tache	Apuite	Yomara Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 36.559.228

SEXO: F (✓) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 14 MES 08 AÑO 1961

PAÍS Colombia

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Diagonal 38.a # 5-66 casa 7 altos de manzanita

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO _____ EMAIL _____

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
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1981

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
Tecnico	3	✓		Auxiliar de enfermeria	12	2001	

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

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 - EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital universitario Julio Mendez Barrenecha	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena		Xeta1508aponte@Hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(605) 4265007	DÍA 01 MES 01 AÑO 2023	DÍA 28 MES 02 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Esterilización	Kra 14 # 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital universitario Julio Mendez Barrenecha	-		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	Xeta1508aponte@Hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(605) 4265007	DÍA 01 MES 08 AÑO 2022	DÍA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Esterilización	Kra 14 # 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital universitario Julio Mendez Barrenecha	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	Xeta1508aponte@Hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(605) 4265007	DÍA 01 MES 04 AÑO 2022	DÍA 31 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Esterilización	Kra 14 # 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital universitario Julio Mendez Barrenecha	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	Xeta1508aponte@Hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
(605) 4265007	DÍA 01 MES 01 AÑO 2022	DÍA 31 MES 03 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Esterilización	Kra 14 # 23-42

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

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	14	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7 años	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ✓ 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 8-02-2023

Yomara Tatis Aponte

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

El Liceo Nacional Celedón de Santa Marta

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 1860
del 20 de Noviembre de 1941

Confiere a:

Xiomara Esther Cache Cuente

Identificado con cédula de ciudadanía No. 05735 de Sta Mta.

el Título de

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional según los planes y programas

Liceo Celedón
RECTORIA
SANTA MARTA

Rector

Secretario

Santa María, 28 de Noviembre de 1962

Anotado al folio 72 Libro de Registro No. 1 REG # 2781

Secretario de Educación

REPUBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Magdalena
Sección Educación Media

JEFE

Dado en Santa Marta a 7 de MAYO de 1963

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

La Secretaria de Desarrollo de la Salud
en su Nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena
"Cesmag" Gabriel Angulo

Creado mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949. Aprobado mediante Resolución No. 2162 del 9 de Agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Teniendo en Cuenta Que:

Xiomara Esther Jache Aponte
C.C. 36.559.228 Expedida en Santa Maria

Cursó y Aprobó todos los estudios programados por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el Certificado de:

Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermeria

En Constancia de lo anterior se firma y sella este Certificado en la ciudad de Santa Maria a los 28 días del mes de Diciembre de 2001

Director Cesmag

Secretaria Académica

Secretaria para el Desarrollo de la Salud

Powered by CamScanner

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG) "GABRIEL ANGULO"
Calle 23 No. 12-90 Santa Marta
Teléfono No. 4215776 FAX No. 4230520
NIT: No. 981-780-117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 113

En la ciudad de Santa Marta, a los 28 días del mes de diciembre de 2.001 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los Alumnos del Curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, las suscritas Directora y Secretaria Académica de el CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO", para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según Resolución No. 2102 de agosto 9 de 1.968, Decreto No. 616 de diciembre 13 de 1.949 y modificada mediante Ordenanza No. 030 de diciembre 23 de 1.992. Comprobada la situación legal y académica de cada una de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyo nombre apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación, **XIOMARA ESTHER TACHE APONTE**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36.559.228 expedida en Santa Marta, Mag.

Es fiel copia de su original, fechada a los 28 días del mes de diciembre de 2.001 y consta de 42 Alumnos, se inicia con el nombre y apellidos de **BARRIOS ACOSTA MARTHA CECILIA** y termina con el nombre y apellidos de **VARELA MERCADO KATERINE LISBETH.**

Firmada y sellada por la Dra. CARMEN ROSA SAADE DIAZGRANADOS, Directora Y MERCEDES OLANO RODRIGUEZ, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta, a los 28 días del mes de diciembre de 2.001.

Carmen Rosa Saade

CARMEN ROSA SAADE DIAZGRANADOS
Directora

República de Colombia
Dirección
Centro de Educación en
Salud del Magdalena

Mercedes Olano

MERCEDES OLANO RODRIGUEZ
Secretaria Académica

Powered by CamScanner