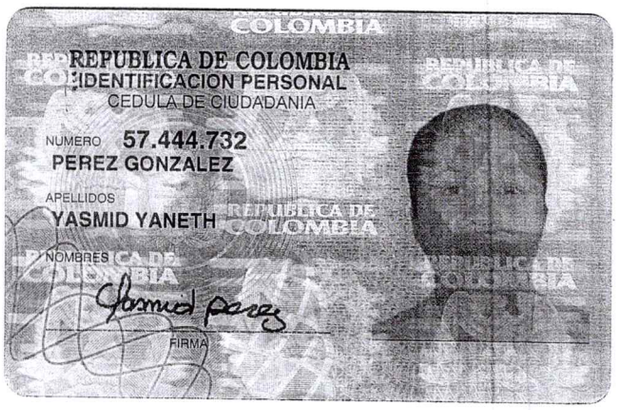
HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ, Identificado con Cédula No. 57444732 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **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: Yasmid Perez gonzalez

	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 – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php		
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)		
7	Propuesta de Servicios		
8	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
10	RUT - Registro Único Tributario		
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)		
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
13	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).		
14	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
16	Tarjeta Profesional		
17	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	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*.		
26	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*)		
27	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.*		
28	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***).		
29	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
30	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)**		
31	Soporte de experiencia laboral.		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	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**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
36	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 57.444.732
PEREZ GONZALEZ
APELLIDOS
YASMID YANETH
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1974
PIVIJAY
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
16-NOV-1993 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2100100-00454345-F-0057444732-20130809
0034281567A 1
4692259266

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Ha buscado el número de identificación: **57444732**

Resultados encontrados:

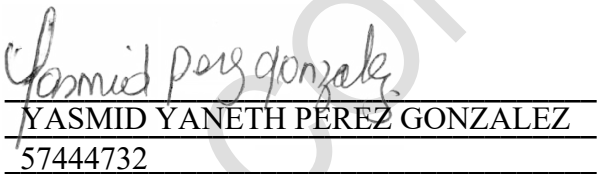
#	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	primer nombre	segundo nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57444732	PÉREZ	GONZALES	YAZMID	YANETH	03/09/21

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El(la) suscrito(a) YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 57444732 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 09 del mes de Junio de 2023.

Firma 
Nombre YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ
Cédula 57444732

COPIA CONTROLADA

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

editar

información del usuario



Género	Mujer
Carga	
título	Sra.
Nombre	Yasmid Yaneth
Apellidos	Pérez González
Fecha de nacimiento	19/06/1974 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Yasmid Yaneth Pérez González
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
numero de documento	57444732
direccion	
codigo postal	
Estrato	2
Ubicación	santamarta
pais	COLOMBIA

Datos del usuario guardados

Santa Marta, Junio de 2023

DOCTOR

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial Saludo,

A solicitud de su respetada institución, le solicito a usted me permita ingresar a prestar mis servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA del hospital, teniendo en cuenta mis iniciativas y habilidades, siendo una persona con la preparación, conciencia y responsabilidad destinada a cumplir una función humanística y social cumpliendo a cabalidad las indicaciones y funciones asignadas por mis superiores, con completa adaptabilidad en ambientes de trabajos y en equipos.

Sin otro motivo en particular, me despido agradeciendo su atención prestada.

Atentamente,



YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ

CC. 57.444.732 de Santa Marta

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14495704767

(415)7707212489984(8020) 000001449570476 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 7 4 4 4 7 3 2	6	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	5 7 4 4 4 7 3 2	1 9 9 3 1 1 1 6

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
PEREZ	GONZALEZ	YASMID	YANETH

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: CR 26 B 48 A 03 AP 401 TO DE MALLORCA

42. Correo electrónico: YASMIDPEREZ@HOTMAIL.COM

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

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 1 1 1 0 1 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

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 01 - 02

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 VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

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*
Perez	Gonzalez	Yasmid Yaneth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57444732 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 05 AÑO 1974

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Manzana 6 casa 18 El Parque casa El parque

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL yasmidperez@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1994
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	12	1992	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	09	*Año*	2006	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	AREA ASISTENCIAL	CARRERA 14 - 23 42 alcazares

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	

AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*	*DIRECCIÓN*

5 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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	16	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	9

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta - Junio 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **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

La República de Colombia y en su nombre

El Externado Nacional de Bachillerato
Hugo J. Bermúdez
de Santa Marta

Aprobado por Resolución Nó 15106 del 9 de Oct. de 1.984
Emanada por el Ministerio de Educación Nacional
Confiere a:

YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ

Identificado con CC No. 37 444 732 de STA MTA

El titulo de

BACHILLER EN SALUD Y NUTRICION

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

Director (a)

Secretario (a)

Dado en Santa Marta a 1 de Diciembre de 1994

Acta de Grado

En la ciudad de SANTA MARTA a los 7 días del mes de DICIEMBRE del año de 1994 se reunieron, con el fín de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del EXTERNADO NACIONAL DE BACHILLERATO HUGO J. BERMUDEZ modalidad SALUD Y NUTRICION institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad SALUD Y NUTRICION, según Resolución(es) Número(s) 17617 DE NOVIEMBRE 15 DE 1988

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional , se procedió a otorgar el Título de BACHILLER EN SALUD Y NUTRICION al graduando cuyo número de orden,nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
	YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 57.444.732 de santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 015 de fecha 7 de diciembre de 1994 que consta de 96 alumnos graduados, comienza con el nombre de ALTAFULLA LOBATO YOLEIMA AMINTA y se cierra con el nombre de ZAGARRA LOPEZ CARLOS ALBERTO

firmado y sellado por RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO (Rector) y JULIA ESTHER MOZO LOVERA (Secretario)

Dada en SANTA MARTA a los 7 días del mes de DICIEMBRE de 1.994

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

Ministerio de Educación Nac. EXTERNADO NACIONAL HUGO J. BERMUDEZ RECTOR SANTA MARTA MAGD.

Externado Nal. de Bachillerato HUGO J. BERMUDEZ SECRETARIA JORNADA TARDE Santa Marta - Col.

RUTH MARIA BOLAÑOGUERRERO
El Rector o Director(a)

JULIA ESTHER MOZO LOVERA
El Secretario(a)

c.c. No. 39.026.328 de Ciénaga(magd) c.c.No. 36.536.454 de Sta Mta

DIPLOMA No.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Centro Auxiliar de Servicios Docentes

C.A.S.D. Santa Marta

Establecimiento Oficial creado mediante Decreto 327 del 9 de Febrero de 1979

CERTIFICA QUE:

El Estudiante: **YASMID YANETH PEREZ G.**

Cursó y Aprobó los Estudios y prácticas correspondientes al nivel de Educación Media Diversificada, según los planes y programas vigentes en la Modalidad de:

SALUD Y NUTRICION

Director

Secretaria Ejecutiva

Coordinador de Area

Santa Marta, 24 de NOV. de 1994

Número de Orden: 2246

República de Colombia
Departamento del Magdalena

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

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

Certifica que:

Yasmid Yaneth Pérez González

Titular de la C.C. 57.444.732 Expedida en Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios. Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar de Enfermería

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Director de C E S M A G

P/. Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG)

" GABRIEL ANGULO "

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta, a los 27 días del mes de Diciembre del año 1.996 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos de el curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, los suscritos director y secretaria del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, según Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursan y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyo nombre y apellido y número de documentos se relacionan a continuación: **PEREZ GONZALEZ YASMID YANETH** con cédula de ciudadanía No. **57.444.732 SANTA MARTA**
Es fiel copia de sue 1.996 que consta de 160 alumnos que comienzan con el nombre de : **ACOSTA ARGOTE FLAVIA CECILIA** y Cierra con el nombre de : **ZAMBRANO GARCIA YOVANA SUJEY.**
firmado y sellado por **HUGO DE J. PEREZ NAVARRO,** Director y **MARELBIS BALCAZAR VALDERRAMA,** Secretaria.

Dada en Santa Marta, a los 27 días del mes de Diciembre de 1.996

Firmado y sellado.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA
ACADEMICA
Centro de Educacion en Salud

HUGO DE J. PEREZ NAVARRO
Director

MARELBIS BALCAZAR VALDERRAMA
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECTOR
Centro de Educacion en Salud

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0175 DE 19 97

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.57.444.732 expedida en Santa Marta Magdalena, ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 27 de diciembre de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ, para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 03 FEB 1998

Original Firmado Por:
Luis Fernando Vanegas Q.

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del
Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos
y Alimentos

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

8833

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-02-11→7:24:51 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57444732	YASMID	YANETH	PEREZ	GONZALEZ	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) YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ identificado(a) con CC 57444732 registra La siguiente información:

2023-02-11→7:24:51 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 proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1997-02-03	175	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA	

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).

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225658-2018

CERTIFICA QUE:

YASMID JANETH PEREZ GONZALEZ

C.C. N° 57444732

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

CV-202112-BLS0054

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

YASMID YANETH PÉREZ GONZÁLEZ
C.C. 57.444.732

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 10, 11 y 12 de diciembre de 2021, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ
C.C. 57444732

ASISTIÓ Y APROBÓ
ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 26 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Atención Integral para la Gestión del Duelo.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272

www.fppt.info

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ
C.C. 57444732

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 26 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 9 horas.

Temario: Atención a Personas Víctimas de Ataque con Agentes Químicos.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 19/02/2020

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ
Identificación: CC: 57444732
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha nacimiento: 19/06/1974
Edad: 45
Genero: Femenino
Estado civil: Divorciado (Separado)
Escolaridad: Técnica
Teléfono: 3008904363
Dirección: Magdalena, Santa marta,
N° hijos: 2
ARL: No refiere
EPS: EPS Sanitas
AFP: Colpensiones

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP REQUERIDOS PARA LA LABOR.

Elizabeth Edelmira Vergara Vergara
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 0732

Elizabeth E Vergara Vergara.

Aspirante o trabajador
YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ
Identificación: CC: 57444732

Yasmid Perez gonzalez.

LA HISTORIA CLINICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCION 1995 DEL 2003

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

A QUIEN INTERESE:

ertificamos que el señor(A) **YASMIN YANETH PEREZ GONZALEZ** identificado(a) con dula de ciudadanía numero 57.444.732 SANTA MARTA (MAGDALENA) , prestó sus rvicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE CTA"**, en la E HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO desde el 01 OCTUBRE de 2010 hasta el 27 Octubre 2011 desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

expide la presente certificación a petición del interesado el día 26 De Octubre 2011

entamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

CIRA BARRANCO MIRANDA
to. Recursos Humanos

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

REDCARIBE

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(A) **YASMIN YANETH PEREZ GONZALEZ** identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 57.444.732 SANTA MARTA (MAGDALENA) , prestó sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE CTA"**, en la **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO** desde el 01 OCTUBRE de 2010 hasta el 27 de Octubre 2011 desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide la presente certificación a petición del interesado el día 26 De Octubre 2011

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

NACIRA BARRANCO MIRANDA
Dpto. Recursos Humanos

Santa Marta, 25 de Octubre de 2007

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTIONAR
"COOGESTIONAR"
Nit. 900039023-3
Tel: 4315343

A quien corresponda:

La Cooperativa de Trabajo Asociado Gestionar **"COOGESTIONAR"** hace constar que el señor(a) ***YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ .*** Identificado(a) con cédula de *ciudadanía No.57.444.732, laboró en calidad de Trabajador(a) Asociado desde el 01* Noviembre de 2006 hasta el 31 de Agosto de 2007 como **Auxiliar de Enfermería** prestando sus servicios en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Fernando Troconis.

La presente certificación se expide el día 25 de Octubre 2007 a solicitud del interesado(a).

Atentamente,

COOGESTIONAR
NIT 900039023-3
ADMINISTRACIÒN
Cel: 3126184313

ServiEfectivos
C. T. A.

Nit. 900 - 076336-5

COOPERATIVA
DE SERVICIOS
EFECTIVOS

CERTIFICAMOS

Que la señora **YASMIN PEREZ GONZALEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 57.444.732,estuvo asociada a SERVIEFECTIVOS CTA. desde el 03 de Mayo del 2010 hasta el 30 de Septiembre del 2010, desarrollando el proceso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en la Unidad Estratégica de Negocio **HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS**, manifestando siempre profesionalismo, responsabilidad y compromiso.

Se expide el siguiente certificado a petición del interesado(a) a los treinta (30) días del mes de septiembre del 2010.

Atentamente,

DRAHENITH PEREZ
Asistente Administrativo

Vía 40 No. 69 - 138 Segundo Piso
PBX: 3602525 - 3689340 - 3690644 Cel: 3187123493
E-mail: serviefectivos_colombia@yahoo.com
Barranquilla - Colombia

Sory C E.U.

NIT. 900.027.644-5

A QUIEN INTERESE

Hacemos constar que la señora, **YASMID PEREZ GONZALEZ** identificada con cédula de ciudadanía No.57.444.732 de Santa Marta ha prestado sus servicios a esta empresa, mediante los siguientes contratos de trabajo, comprendidos dentro de las siguientes fechas:

Auxiliar de Enfermería, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación
Septiembre 1 de 2007	Diciembre 31 de 2007
Febrero 1 de 2008	Diciembre 31 de 2008
Enero 13 de 2009	Actualmente

Actualmente devenga un sueldo promedio mensual de SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS ($758.300).

Se expide el presente certificado a solicitud del (a) interesado (a) a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2009.

Marcelys Perez S.
MARCELYS PEREZ SANTOS
Recursos Humanos

Sory C. E.U.
NIT. 900.027.644-5

Calle 76 No. 42-78
Teléfonos: 3560275 - 3688791 Cel: 310 7280464 - 310 7284528
E-mail: sory_c_eup@yahoo.es
Barranquilla, Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	27/3/17	015M4052	
Fiebre amarilla	Única	27/3/17	P3H6114 221501517B	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	16-08-16	032L20O5E	
	2	19-09-16	032L7C05E	
	3	20/10/16	032L20O5E	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	24/11/16	VSP1047	
Otras				
Varicela	1	24/09/17	N009258	

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yasmid Janeth

Apellidos: Pena gonzalez.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 57444732

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 05 Año 1974.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	27/3/17	015M4052	
Fiebre amarilla	Única	27/3/17	P3H6114 221501517B	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	16-08-16	032L20O5E	
	2	19-09-16	032L7C05E	
	3	20/10/16	032L20O5E	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	24/11/16	VSP1047	
Otras				
Varicela	1	24/09/17	N009258	

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yasmid Janeth

Apellidos: Pena gonzalez.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 57444732

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 05 Año 1974.

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	2023-02-13 17:04

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YASMID	YANETH	PEREZ	GONZALEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57444732

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$18.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$18.000.000,00

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 [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57444732
NOMBRES Y APELLIDOS	Perez Gonzalez,Yasmid Yaneth
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Perez Gonzalez,Yasmid Yaneth, a los 10 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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 **YASMID YANETH PEREZ GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57444732,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Yasmid Yaneth Perez gonzalez. | Sexo: M ~~F~~

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
~~C.C.~~ C.E T.I R.C PP	57444732		

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
10 05 1974	STA MTA	Manzana 5 casa 4 El parque.	STA MARTA	Magd

Correo Electrónico	No. Celular	Teléfono
Yasmid perez@Hotmail.com	3008904363	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		~~Empleado~~		Hogar		Jubilado							

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

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 enfermeria.

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Calle 23 Nº KM- 23-42 Alcazares	STA MTA	Alcazares	4365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.500.000	Total Egresos mensules	1500.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1500.000	Total Pasivos	1500.000
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?

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:

De Mi Sueldo.

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: Trabajador como Auxiliar de enfermeria y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectuen 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



Yasmid Perez gonzalez.

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):