REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.096.676**

HERRERA PION

APELLIDOS

YANETH JUDITH

NOMBRES

Yaneth Herrera Pion

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1977**

PLATO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S RH	SEXO

26-NOV-1996 PLATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2100100-00203056-F-0039096676-20091212 0018961490A 1 4410105988

HUJMB

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**, Yaneth Judith Herrera Piou, Identificado con Cédula No. 39096676 y Profesión Auxiliar de enfermia. **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: Yaneth Judith Herrera Piou

	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		
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 (**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 ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
37	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

Powered by CamScanner

HUMB	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Yaneth Judith Herrera Pioú, identificado con C.C./C.E./P.P No. 39096676 expedida en Plato magd., 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 07 del mes de Junio de 2023.

Firma Yaneth Herrera P.
Nombre Yaneth Judith Herrera Pioú
Cédula 39096676

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Inglés español

Google Translate

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio -- Configuraciones de Perfil

- 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
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	YANETH JUDITH
Apellidos	HERRERA PION
Fecha de Nacimiento	13/08/1977 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	YANETH JUDITH HERRERA PION
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	39096676
Dirección	PARQUES DE BOLIVAR ETAPA 3 TORRE 9 APARTAMENTO 103
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	yajud1377@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3022386254
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

D.T.C.H SANTA MARTA JUNIO DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Yaneth Judith Herrera Pion identificado con C.C No. 39096676. de Plato magdalena- le solicito a usted dejarme ingresar como Auxiliar en Enfermeria dentro del área de Psiquiatria espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Yaneth Judith Herrera Pion

C.C 39096676 de Plato magdalena

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14258926926

(415)7707212489984(8020) 000001425892692 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 0 9 6 6 7 6	2	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 9 0 9 6 6 7 6	1 9 9 6 1 1 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Plato 5 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	PION	YANETH	JUDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: MZ M CA 19 BRR VILLAS DE ALEJANDRIA

42. Correo electrónico: yaju1377@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades		
46. Código / 47. Fecha inicio actividad: 8 6 9 2 / 2 0 1 2 0 8 2 1	48. Código / 49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código: 3 2 2 3	52. Número establecimientos

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 2 | 61. Fecha 2013 - 09 - 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre SANCHEZ PINEDO ANTONIO JOSE
985. Cargo Gestor I

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
Herrera	Pion	Yaneth Judith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39096676	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 08 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO PLATO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 58 A 27 F 42 CASA BOULEVARD DEL RIO MAMATOCO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3022386254 EMAIL yajud1377@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	11	AÑO	1997
										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	5	X			08	2008	1482

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos	CORPORACIÓN EDUCATIVA INSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR DE EMFERMERIA	08	2008

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*
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	04	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CARRERA 14 N °23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR AREA DE SALUD	AREA PSIQUIATRIA	- CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALCAZERES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4365007	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CARRERA 14 23 42 BRR LOS ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4365007	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA	PSIQUIATRIA	CARRERA 14 23 42 BRR LOS ALCAZARES

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENCHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA						*DIRECCIÓN* CALLE 22 N 14 42 ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL UNIVERSARIO JULIO MENDEZ BARRENCHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 N 14 42 ALCAZARES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4315430	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	03	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL 7 DE AGOSTO DE PLATO - MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.		*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4851895	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	05	*Año*	2008	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* Plato -Magdalena					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON - PLATO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 4850265	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	09	*Año*	2007	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* Plato -Magdalena					

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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	2

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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA

YANETH JUDITH HERRERA PION

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

Republica de Colombia

INSTITUCIÓN EDUCATIVA "GABRIEL ESCOBAR BALLESTAS"

Una Nota de Arte Ciencia E Identidad Cultural



[illegible]

ACTA NO. 042

En la ciudad de Plato Magdalena a los treinta (30) dias del mes de noviembre del año mil novecientos noventa y siete (1997), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria de la Institución Educativa Gabriel Escobar Ballestas aprobada hasta once grado (11°) en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educacion Nacional, para otorgar el titulo de Bachiller en la modalidad Académica, segun resolucion 21345 del 5 de noviembre de 1982.

Comparada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educacion Media Vocacional, se procedio a otorgar el titulo de **BACHILLER ACADEMICO** a los graduandos cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación.

No 044 Nombres y Apellidos: **YANETH JUDITH HERRERA PION**
Documento de Identidad: C.C No 39.096.676 de Plato.

Esta acta consta de 116 alumnos graduados, comienza con el nombre de **ACOSTA DE ANGEL ALEXANDER DE JESUS** y termina con el de **YEPEZ ACUÑA JOSE GREGORIO.**

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento al ordenado en el Articulo 7 ° del Decreto 180 de 1981. El rector (Fdo.) **ALVARO RODRIGUEZ AKLE,** la secretaria **MARIA MAESTRE VEGA.**

La presente es copia de su original se hace en Plato a los veinticuatro (24) dias del mes de mayo de 2018

EL RECTOR

SERVIO BALDOVINO CADRASCO
C.C No.6.817.854 de Sincelejo

LA SECRETARIA

MARIA MAESTRE VEGA
C.C No.26.838.2[illegible] de Plato

República de Colombia

Departamento del Magdalena

CORPORACION EDUCATIVA

NSALUD

¡Un Nuevo concepto en Educación!

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 y
RESOLUCIÓN 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

Teniendo en cuenta que:

YANETH JUDITH HERRERA PION

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 39.096.676 De Plato Magdalena

Aprobó los estudios programados por INSALUD y Cumplió los Requisitos exigidos por los Reglamentos internos le confiere el presente Certificado de Aptitud Ocupacional Técnica en:

Auxiliar de Enfermería

En testimonio de lo expuesto se expide el presente certificado que así lo acredita
Dado en Santa Marta, a los 16 días del mes de Agosto de 2008

Director

NSALUD

Secretaria

CORPORACION EDUCATIVA

INSALUD

¡Un Nuevo concepto en Educación!

APROBADO POR EL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN ACUERDO 040 y RESOLUCION 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED

ACTA No. 27

En la ciudad de Santa Marta D.T.C.H. a los 16 días del mes de Agosto de 2008 se reunieron con el fin de formalizar la Ceremonia de Certificación de los alumnos, el Director de la Corporación Educativa INSALUD, institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD SEGUN ACUERDO 040 Y RESOLUCION 525 DE NOVIEMBRE 04 DE 1999 DASED.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios programados por INSALUD y cumpliendo con los requisitos exigidos por los reglamentos vigentes, le confiere la presente certificación en TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA a la alumna cuyo nombre, apellido y Número de Documento de Identidad se relacionan a continuación

Nuneth Judeth Herrera Paz

C.C. 39.096.676 de Plato Magdalena

Firmado y Sellado por el suscrito Director.

Dado en Santa Marta D.T.C.H. a los 16 días del mes de Agosto de 2008

FIRMADO Y SELLADO

DIRECTOR

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS

Certifican que:

Yaneth Herrera Pión

Participó en el I Taller de Actualización del Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud "MIAS" el 20 de mayo de 2016 con una intensidad de 4 horas

Ediltrudis Ramos
Directora Programa de Enfermería

Aura Daza
Coordinadora Área de Enfermería

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1482

"Por la cual se registra un Título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) señor (a) **YANETH JUDITH HERRERA PION** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 39.096.676 expedida en Pivijay, solicita ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por LA CORPORACION EDUCATIVA "INSALUD" de Santa Marta - Magdalena, según Acta No 27 de día 16 de Agosto de 2008

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumplió con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **YANETH JUDITH HERRERA PION**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No 39.096.676, expedida en Pivijay, para desempeñarse como **TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional especialmente para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Título o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que le corresponde

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

7 DIC 2013

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó y Revisó: Piedad De la Hoz Orozco – Profesional Universitario.

RESPETO POR EL MAGDALENA

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

5316

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-05-15→9:57:37 AM -2023-05-15→10:18:31 AM -2023-05-15→10:32:01 AM -2023-05-15→10:46:26 AM -2023-05-15→10:59:54 AM -2023-05-15→11:17:48 AM -2023-05-15→12:24:01 PM -2023-05-15→12:52:31 PM -2023-05-15→1:10:02 PM -2023-05-15→1:20:33 PM -2023-05-15→1:29:18 PM -2023-05-15→1:38:24 PM -2023-05-15→1:46:59 PM -2023-05-15→1:59:14 PM -2023-05-15→2:09:31 PM -2023-05-15→2:22:04 PM -2023-05-15→2:29:58 PM -2023-05-15→2:37:45 PM -2023-05-15→2:50:10 PM -2023-05-15→3:02:15 PM -2023-05-15→3:19:03 PM -2023-05-15→3:28:24 PM -2023-05-15→3:40:38 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	39096676	YANETH	JUDITH	HERRERA	PION	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) YANETH JUDITH HERRERA PION identificado(a) con CC 39096676 registra La siguiente información:

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2013-02-26	1482	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).

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225655-2018

CERTIFICA QUE:

YANETH JUDITH HERRERA PION

C.C. N° 39096676

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YANETH JUDITH HERRERA PION

Con Cedula de Ciudadania No. 39096676

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

80137729 - 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 9529002453978CC39096676C.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Yaneth Judith Herrera Pión

CC 39096676 de Plato - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Yaneth Judith Herrera Pión

CC 39096676 de Plato - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Decreto 1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Fecha de consulta: 13/12/2022

Motivo de consulta: Ingreso

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: YANETH JUDITH HERRERA PION
Responsable: El mismo paciente
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Edad: 45
Estado civil: Soltero
Teléfono:
N° hijos: 3
EPS: Nueva EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 39096676
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 13/08/1977
Genero: Femenino
Escolaridad: Técnica
Dirección: Santa marta,
ARL:
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

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
YANETH JUDITH HERRERA PION
Identificación: CC: 39096676

Powered by CamScanner

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
CONTRATISTA:	YANETH JUDITH HERRERA PION
Nº. DOCUMENTO DE DENTIDAD:	39.096.676 DE PLATO (MAGDALENA)
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000)
TERMINO DE EJECUCIÒN:	A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2022 HASTA EL 31 DE MARZO DE 2022
SUPERVISOR:	UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRIA Y REHABILITACION

Entre los suscritos, **LUIS OSCAR GALVES MATEUS,** Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 71.663.944 de Medellín (Antioquia), domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, en su calidad de Agente Especial – Interventor, designado mediante Resolución número 002304 del 11 de mayo del 2020, por la cual se Ordena La Toma De Posesión Inmediata De Los Bienes, Haberes Y Negocios Y La Intervención Forzosa Administrativa Para Administrar la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** y la Resolución número 005493 del 10 de mayo del 2021, por la cual se Prorroga La Medida De Intervención Forzosa Administrativa, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA **SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** identificada con Nit. 891.780.185 - 2, creada mediante Decreto No 377 del 23 de Diciembre de 2005, debidamente facultado para contratar de conformidad con el Acuerdo 009 de 2015, sus normas reglamentarias y modificatorias, quien para efectos del presente contrato de prestación de servicios se denominará **EL HOSPITAL,,** por una parte, y por la otra, **YANETH JUDITH HERRERA PION,** igualmente mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, identificado con C.C Nº **39.096.676** expedida en la ciudad de PLATO (MAGDALENA), quien para efectos del presente contrato de prestación de servicios se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios de conformidad con lo previsto en el Manual de Contratación de la entidad, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO:** El objeto del presente contrato es "***PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.***", en los términos, condiciones y especificaciones contenidas en el estudio de necesidad, el cual hace parte integral del presente contrato. **CLAUSULA SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES:** Es entendido que, por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades para el desarrollo eficiente de las obligaciones pactadas y que, en tal virtud, se imponen unas cargas que buscan poner en práctica tales actividades, de parte del **CONTRATISTA**, en tal virtud: **I. El CONTRATISTA** se obliga a: **1)** Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el supervisor del contrato. **2)** Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, las cuales hacen parte **INTEGRAL** del presente contrato, cuyo contenido conoce a cabalidad el **CONTRATISTA. 3)** Garantizar que en la prestación del servicio cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por **EL HOSPITAL. 4).** Aportar al **HOSPITAL** la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los de más que le sean solicitados. **5).** Portar y usar sus EPI (Elementos de protección Individual) para realizar el servicio contratado y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que efectúe el **HOSPITAL. 6)** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S)**, (salud, pensión, ARL) respectivamente. **7) El CONTRATISTA** se compromete a cumplir la política de fomento, protección y apoyo de la Lactancia Materna, en concordancia con lo establecido en la estrategia institución amiga de la Mujer y la Infancia IAMI. Integral y Banco de Leche Humana **8)** El **CONTRATISTA** se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del coordinador, administrador o **CONTRATISTA** y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o

VIGILADO Supersalud

extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato. **9)** El valor cobrado dependerá de los servicios prestados por parte del **CONTRATISTA** y verificados por el supervisor del contrato. **10)** Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el **HOSPITAL** en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad. **11) El CONTRATISTA** manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestará sus servicios tales como seguridad en el paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad, entre otros, los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos. **12) TECNOVIGILANCIA: EL CONTRATISTA** asumirá la responsabilidad de reportar al área de calidad del **HOSPITAL,** cualquier evento adverso (suceso médico no deseado que ocurra a un paciente) y que no necesariamente tenga una relación causal con su actividad, incluyendo entre otros mal uso, abuso, falta de efecto de los medicamentos, sobredosis accidental, error de medicación, dependencia del medicamento, sospecha de transmisión de un agente infeccioso, exposición ocupacional y beneficio terapéutico inesperado por el consumo de productos y reclamo técnico de un producto (defecto de calidad obvio o sospechado, incluyendo cualquier hallazgo en su identidad, durabilidad, confiabilidad, seguridad, eficacia o funcionamiento, o cualquier sospecha de adulteración, contrabando y/o falsificación), de los cuales tenga conocimiento dentro de las 24 horas siguientes a su conocimiento, incluyendo: **a)** Nombre y dirección de quien reporta. **b)** identificación del paciente. **c)** Naturaleza y descripción del evento. **d)** Medicamento y/o producto. Los reportes de eventos adversos deberán dirigirse al **HOSPITAL. 13)** Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades del **HOSPITAL**. **CLAUSULA TERCERA – INFORMES**: **El CONTRATISTA** deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual en el cual especificará las actividades encomendadas y realizadas identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser aprobados por el supervisor del presente Contrato, así mismo, entregará el material en medio físico y digital cuando su supervisor lo requiera. **CLAUSULA CUARTA: VALOR:** El valor del presente contrato es por la suma de ***CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000).*** **CLAUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO:** El presente contrato se pagará en (3) cuotas, por valor de ***UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000,*** cada una de ellas, una vez el supervisor expida la certificación de cumplimiento del objeto contractual junto con la verificación de los aportes al **.SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S),** y los documentos que soporten la prestación del servicio. **PARAGRAFO PRIMERO:** El presente valor estará supeditado a los turnos realmente cumplidos por el **CONTRATISTA**, estos serán confirmados por el área respectiva mediante la expedición de la certificación de actividades y/o a la asistencia de los turnos establecidos; además se podrán solicitar los documentos y medios de comprobación que el **HOSPITAL** considere necesario, el porcentaje de no cumplimiento será motivo de glosa del valor facturado por el **CONTRATISTA. PARAGRAFO SEGUNDO:** La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio que corresponda, que sea consecuencia del incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta, que hace parte del presente documento, sin justificación de ninguna especie, siempre que la inasistencia ocasione trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas en la orden que se genere, como si se tratara de una facturación devuelta, por defectos originados por la actividad contratada. **PARAGRAFO TERCERO:** en caso en el que el desempeño profesional del **CONTRATISTA** incurra en acciones u omisiones, las cuales generen glosas a las cuentas que presenta el **HOSPITAL.**, por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o que en su defecto, sean detectadas por la institución durante el proceso de facturación, que le impida el cobro del servicio, el **CONTRATISTA** responderá por el pago de las sumas que la institución no pudiere recibir por tal causa, y deberá tomar las medidas que considere pertinentes. **CLAUSULA SEXTA: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** hace las siguientes declaraciones: **1)** Conoce y acepta los Documentos del Proceso. **2)** Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del **HOSPITAL** respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. **3)** Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. **4) El CONTRATISTA** al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. **5) EL CONTRATISTA** está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral. **6)** En los casos en que la Entidad Estatal contratante determine que el pago se hace de acuerdo con productos o entregables debe incluirse al detalle lo que debe entregar el **CONTRATISTA** para cada pago. **7)** El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato. **8) El CONTRATISTA** manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal

VIGILADO Supersalud

de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; cumpliendo con los estándares del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAF, en la prevención del riesgo y cuyo objetivo es prevenir que se introduzcan al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. **CLAUSULA SEPTIMA: PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de duración del presente contrato será desde la legalización (suscripción del acta de inicio) del presente contrato hasta el 31 de marzo de 2022. **PARAGRAFO:** Vencido el plazo del presente contrato, el **CONTRATISTA** deberá abstenerse de seguir prestando los servicios objeto del presente contrato. **El HOSPITAL** no reconocerá servicios prestados por fuera del término de duración contractual o sin haberse legalizado el respectivo contrato. **CLAUSULA OCTAVA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: EL HOSPITAL** pagará el gasto que ocasione el presente contrato con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Nº **2** del 1 de enero de 2022, expedido por el Área Financiera del **HOSPITAL**. **CLAUSULA NOVENA: SUPERVISOR:** La Supervisión del presente contrato estará cargo de la **UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRIA Y REHABILITACION** o el funcionario que la Gerencia del **HOSPITAL** designe, quien deberá**: 1)** Certificar la prestación de los servicios y el cumplimiento de las obligaciones, incluidas el pago de los aportes de ley y establecidos en el presente contrato. **2)** Suscribir las actas que se generen en virtud de la ejecución o desarrollo en el presente contrato. **3)** Supervisar que el cumplimiento de las obligaciones contractuales en general. **4)** Requerir al **CONTRATISTA** por escrito cuando lo estime necesario para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones generadas del mismo. **5)** Vigilar la ejecución idónea del contrato y velar por que se ejecute dentro del término estipulado para ello. **6)** Exigir al **CONTRATISTA** toda la documentación e información que requiera para el óptimo desarrollo en el presente contrato **7)** Las demás que tengan por objeto el cumplimiento en el presente contrato. **CLAUSULA DECIMA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL: 1)** Hacer uso de la cláusula de imposición de multas, la cláusula de terminación o cualquier otro derecho consagrado a la Entidad Estatal contratante de manera legal o contractual. **2)** Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal Contratante considere incluirlas. **3)** Ejercer el respectivo control en el cumplimiento del objeto del contrato. **4)** Pagar el valor del contrato de acuerdo con los términos establecidos. **5)** Prestar su colaboración para el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA**. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Los siguientes documentos hacen parte integral en el presente contrato. **1)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal Definitivo. **2)** Estudio de la necesidad de realizar en el presente contrato. **3)** Los demás documentos que legalmente se requieran (fotocopia de la cédula de ciudadanía, antecedentes disciplinarios de Procuraduría y Contraloría, antecedentes judiciales, Certificado antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia, soportes académicos y laborales. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma en el presente contrato, declara el **CONTRATISTA** que no se halla incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad previstas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993, y si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la precitada ley. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a la Entidad Estatal contratante de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes. Así mismo, el **CONTRATISTA** garantiza que los trabajos y servicios prestados a la Entidad Estatal contratante por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** Además de las obligaciones que emanan de la naturaleza del contrato, el **CONTRATISTA** receptor de la información confidencial estará obligado a lo siguiente: **1) MANTENER** la información confidencial en **ESTRICTA RESERVA** y no revelar ningún dato de la información a ninguna otra parte, relacionada o no, sin el consentimiento previo escrito del divulgador. **2) EL CONTRATISTA**, que se designe para la ejecución del presente contrato, se **ABSTENDRA** de divulgar, publicar o comunicar a terceros información, documentos, planos o fotografías relacionados con las actividades del **HOSPITAL** que conozcan por virtud de la ejecución del presente contrato o por cualquier otra causa. Para estos efectos, las partes convienen que toda la información que reciban se considera importante y confidencial y divulgarla o transmitirla puede lesionar los intereses del **HOSPITAL** o su reputación. **3) EL CONTRATISTA** y/o sus dependientes se abstendrán igualmente de utilizar cualquier información procedente del **HOSPITAL** para cualquier fin diferente a la ejecución del presente

VIGILADO Supersalud

contrato. De igual manera, el **HOSPITAL** se abstendrá de divulgar o compartir con personas diferentes al personal del **HOSPITAL** los documentos, programas, estrategias y tarifas del **CONTRATISTA. 4)** El **CONTRATISTA** divulgará **UNICAMENTE** la información a las personas **AUTORIZADAS** para su recepción dentro del **HOSPITAL**, por lo tanto, el **CONTRATISTA** no manejará, usará, explotará o divulgará la información confidencial a ninguna persona o entidad por ningún motivo en contravención a lo dispuesto en este contrato; salvo que sea expresamente autorizado para ello. **CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: PENAL PECUNIARIA: EL CONTRATISTA** se obliga a pagar a la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** hasta una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total en el presente contrato, a título de indemnización, por los perjuicios que ocasione en caso de incumplimiento de sus obligaciones contractuales. Este valor ingresará a la Tesorería del **HOSPITAL**. **EL CONTRATISTA** autoriza al **HOSPITAL** para que dicho valor sea descontado directamente de saldos a su favor. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: RELACIÓN LABORAL**: El presente contrato no genera relación laboral alguna con el **CONTRATISTA**, ni tampoco el pago de prestaciones sociales ni de ningún tipo de emolumento diferente al valor aquí acordado. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA:** Verificado el plan de cargos del **HOSPITAL**, se pudo corroborar, que no existe personal suficiente que desarrolle las funciones que se señalan como actividades específicas dentro del presente contrato de Prestación de servicios. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA: SUSPENSION DEL CONTRATO.** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobado, o interés del servicio público, se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del presente contrato mediante la suscripción de un acta en la que conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. **CLAUSULA DECIMA NOVENA: TERMINACIÓN:** El presente contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminado: **1)** Por mutuo acuerdo entre las partes, caso en el cual se procederá a liquidar el contrato de Prestación de Servicios de tal manera que queden expresamente determinados los servicios efectivamente prestados y el valor proporcional de los mismos. **2)** Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones o incumplimiento del objeto del contrato. **3)** El **CONTRATISTA** deberá informar al **HOSPITAL** con una antelación no superior a diez días hábiles, su voluntad de no continuar con el contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL HOSPITAL** Procederá la terminación unilateral en los siguientes casos sin que dé lugar a indemnización por dicha causa: **1)** Cuando las exigencias del servicio público lo requieran o la situación de orden público lo imponga. **2)** Por muerte o incapacidad física permanente del **CONTRATISTA. 3)** Por interdicción Judicial. **4)** Por incumplimiento manifiesta de las obligaciones contractuales con ocasión a la prestación de servicios de salud si con su conducta activa u omisiva existió dolo o culpa grave en la actuación contractual en los términos de la constitución y de la ley. **CLAUSULA VIGESIMA: MECANISMO PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES**: Las partes podrán dirimir las controversias que se susciten con ocasión a la actividad contractual, agotando el siguiente procedimiento: **A)** recurrir primero al arreglo directo, cuya etapa no podrá ser superior a cinco (5) días hábiles. **B)** Si fracasa la etapa anterior, podrá recurrirse a la conciliación prejudicial o la transacción. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: CLÁUSULA COMPROMISORIA.** Las partes convienen que en el evento que surja alguna diferencia entre las mismas, por razón o con ocasión en el presente contrato, será resuelta por un tribunal de arbitramento constituido en la Cámara de Comercio de Santa Marta siendo este el domicilio contractual, el cual decidirá en derecho, integrado por un (1) árbitro designado conforme a la Ley. Los arbitramentos que ocurrieren se regirán por lo dispuesto en el Decreto 2279 de 1991, en la Ley 23 de 1991 y en las demás normas que modifiquen o adicionen la materia. **PARÁGRAFO UNICO:** La anterior cláusula la pactamos de conformidad al artículo 1602 del Código Civil, que dispone: "Los contratos son ley para las partes. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causales legales". **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: AFILIACION Y APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**: El **CONTRATISTA** acreditara su afiliación y aporte mensual al sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales mediante la presentación mensual de los correspondientes Pagos cotizando con el IBC (Ingreso Base de Cotización) en el presente contrato. **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato es **INTUITU PERSONE** por lo tanto no podrá ceder la ejecución en el presente contrato de prestación de servicios a persona alguna natural o jurídica. **CLAUSULA VIGESIMA CUARTA: RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS: EL CONTRATISTA** autoriza al **HOSPITAL** descontar de sus honorarios el respectivo valor por los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados al **HOSPITAL**, ocasionados por su comisión u omisión relacionada con la ejecución del presente contrato de Prestación de Servicios sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar de acuerdo a lo estipulado por el manual de

VIGILADO Supersalud

contratación del **HOSPITAL**. Lo anterior previo agotamiento, del debido proceso, y derecho a la defensa. **CLAUSULA VIGESIMA QUINTA: DE LOS CONTRATISTAS: EL CONTRATISTA** responderán civil, fiscal y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley, previo agotamiento del debido proceso y del derecho a la defensa. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El **CONTRATISTA** debe tomar las medidas necesarias para garantizar la custodia y preservación de los bienes del contratante bajo su uso (controles de manejo, revisiones de equipos, polizas de manejo e.t.c.) so pena de responder como contratista por el daño o perdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, o perdida de información descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El **CONTRATISTA** asume directa y personalmente la responsabilidad que se derive de una mala practica en el desarrollo del objeto contractual y expresamente exonera al **HOSPITAL** por lo eventos en que el cliente, usuario o un tercero, sufra algún tipo de perjuicio siempre y cuando no se deban a un evento de fuerza mayor o caso fortuito, los cuales lo exoneran de responsabilidad. **PARÁGRAFO TERCERO:** El **CONTRATISTA** de prestación de servicios que tenga a su cargo documentos, información, bienes, recursos del **HOSPITAL** y servicios deberá suscribir el acta respectiva con el supervisor del presente contrato. **CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA: LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** para todos los efectos legales relacionados con el presente contrato, las partes acuerdan como domicilio, la ciudad de Santa Marta, donde para constancia y de conformidad con su contenido lo suscriben.

EL HOSPITAL

LUIS OSCAR GALVES MATEUS
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

EL CONTRATISTA

Yaneth Herrera P.

YANETH JUDITH HERRERA PION
C.C. Nº 39.096.676 DE PLATO
(MAGDALENA)

PROYECTÓ: *SABAS MEDICAEL REDONDO ESCOBAR*
ABOGADO OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

REVISO: *ANA MARIA CORDOBA LEAL*
JEFA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

REVISO: *MARIO ALBERTO ALVARINO CARRILLO*
ASESOR JURIDICO EXTERNO DE GERENCIA H.U.J.M.B

VIGILADO Supersalud

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

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunacion del Adulto

Nombres: Yaueth Judith

Apellidos: Herrera Pion

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 39096676

Fecha de Nacimiento: Día 13 Mes 08 Año 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	29-08-19	01281411	Duvanis Pacc.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	28-02-19	2265015176	Duvanis Pacc.
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-01-19	032Q702BBE	Duvanis Pacc.
	2	28-02-19	032Q702BBE	Duvanis Pacc.
	3	29-08-19	032Q702BBE	Duvanis Pacc.
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	U	29-08-19	P3L46	Duvanis Pacc.
Contra Influenza	U	29-08-19	T3A93	
Virus de Papiloma Humano				
Varicela	U	29-08-19	R036647	Duvanis Pacc.
HA	U	28-02-19	R020401	Duvanis Pacc.

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-15 13:25

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YANETH	JUDITH	HERRERA	PION

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	39096676

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	HUJMB

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	
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	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YANETH JUDITH HERRERA PION identificado(a) con CC 39096676 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/03/2013
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de junio del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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 **YANETH JUDITH HERRERA PION** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39096676,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2013** 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 09 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **YANETH JUDITH HERRERA PION** con **CC** No. **39096676**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/01/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/06/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/08/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016138913.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 001
		FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/07/2020
		PAGINA

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	GRUPO FUNCIONAL PSIQUIATRIA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

CLARENA LEONOR ARAGON DAZA																Sexo			
																M		F	X
Tipo de Documento									Número			Expedida en				Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	39,096,676			PLATO				26/11/96			
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo						No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado			Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano		
X								X					X						
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion de Domicilio							Municipio / Ciudad			Departamento			
13	8	1977	PLATO			PARQUES DE BOLIVAR ETAPA 3							SANTA MARTA			MAGDALENA			
Correo Electrónico													No. Celular			Telefono			
yajud1377@hotmail.com													3022386254			6054346262			
Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU						
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado		Menor de edad									
Detalle Actividad Económica									Descripción del CIIU										
AUXILIAR DE ENFERMERIA									AUXILIAR DE ENFERMERIA										

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo	
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Dirección de empresa o negocio				Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
KRA 14 No. 23-42				SANTA MARTA		LOS ALCAZERES		6054365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,500,000			Total Egresos mensules 1,500,000				
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrad	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

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?

SI

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:

NO

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellido	DODANYS PEREZ	Dirección	MANZANA J CASA 10 URBANIZACION VILLAS DE ALEJANDRIA	Teléfono	3046658139		
Familiar	Nombres y Apellido	LUZ MERY HERRERA	Dirección	BARRIO LOS FAROLES	Teléfono	3004375419	Parentesco	HERMANA

5. 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 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 xxxx, 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. 3)Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las

mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones 3)Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que xxxx me suministre
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por xxxx. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a xxxx 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) xxxx 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 obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	Hogar	Menor de edad y Estudiantes	Independiente Obligados a declarar renta	nte No obligados a declarar	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años)	X	X	X	X	X	X
Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)			X			
Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)			X			
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene						X

7. 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):

Yaneth Herrera P.
Firma Solicitante o Representante Legal



Huella Índice Derecho

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha					Hora			
	aa		mes		día		a.m.		
Resultado	Aceptado					Rechazado			
Observaciones									

Nombre y firma Asesor oficina

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
aa mes día	a.m. p.m.	
Nombre de la persona que atendió		Parentesco
Confirmación de la dirección		SI NO
Aceptado	Rechazado	Observaciones
Nombre y firma Asesor oficina que verifica		

Nombre del Director de Oficina

Firma del Director de Oficina