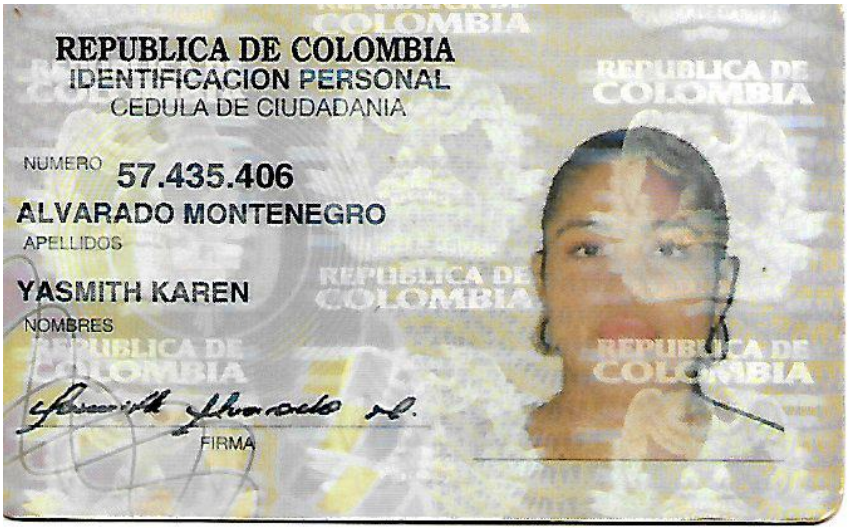


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.435.406

ALVARADO MONTENEGRO
APELLIDOS

YASMITH KAREN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1970

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO

14-ENE-1991 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00131229-F-0057435406-20081124 0006873974A 4 4470009220

HUJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	**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,** Yasmith Mateo Alvarado Montenegro Identificado con Cédula No. 1574054O6 y Profesión _____ **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: Yasmith Alvarado M

	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

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57435406**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57435406	ALVARADO	MONTENEGRO	YASMITH	KAREN	2022-07-28, 10:14 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	57435406	ALVARADO	MONTENEGRO	YASMITH	KAREN	2023-05-15, 9:51 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	**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) Yasmilli Karen Alvarado Montenegro identificado con C.C./C.E./P.P No. 57'435.406 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.

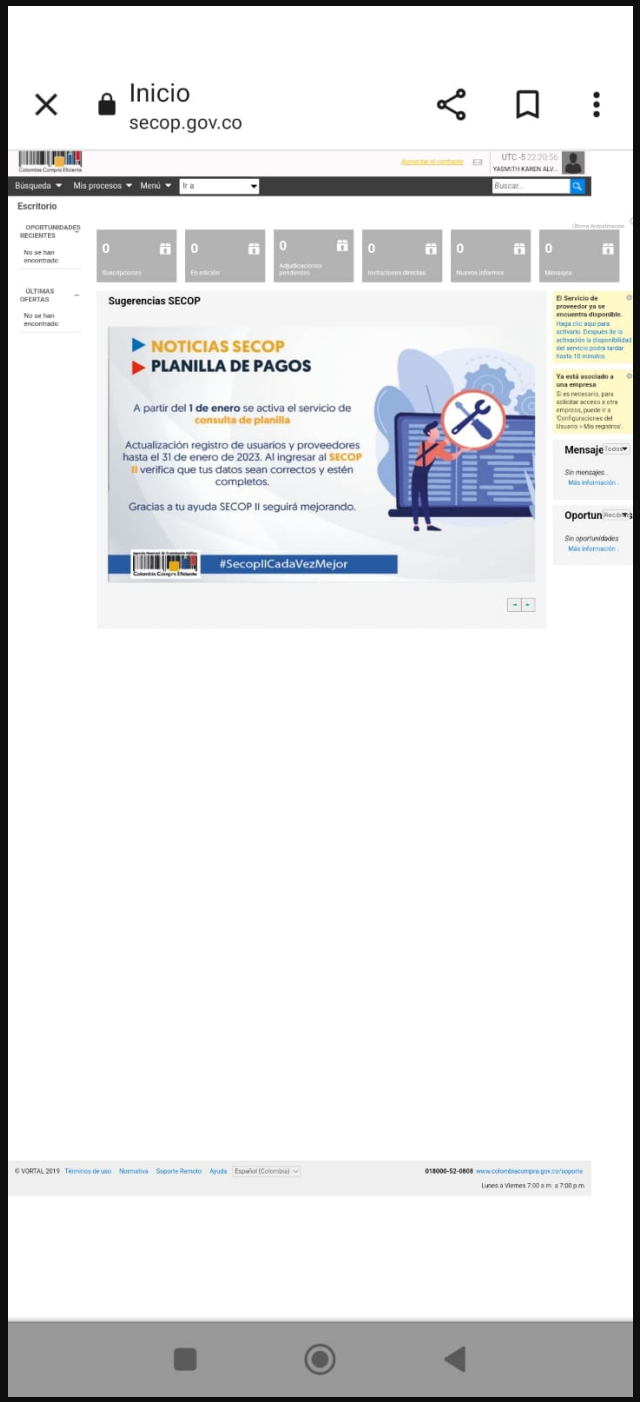
Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, 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 06 del mes de Junio de 2023.

Firma Yasmilli Alvarado M
Nombre Yasmilli Karen Alvarado Montenegro
Cédula 57435406

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner


Inicio
secop.gov.co
Escritorio
Sugerencias SECOP
NOTICIAS SECOP
PLANILLA DE PAGOS
A partir del 1 de enero se activa el servicio de consulta de planilla
Actualización registro de usuarios y proveedores hasta el 31 de enero de 2023. Al ingresar al SECOP II verifica que tus datos sean correctos y estén completos.
Gracias a tu ayuda SECOP II seguirá mejorando.
#SecopIICadaVezMejor

Santa Marta, 2023

Doctor:
GERMAN VARGAS
Gerente
Hospital Julio Mendez Barreneche

REFERENCIA: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

La suscrito **YASMITH KAREN ALVARADO**, identificada con cedula de ciudadanía **No.57437406** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA**) de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR ENEFERMERIA** en esta institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad que esta propuesta sea aceptada



Atentamente,
YASMITH KAREN ALVARADO,
C.C 57437406

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14795232365

(415)7707212489984(8020) 000001479523236 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
57435406	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	19	

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 13	57435406	1991 01 14

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	169	Magdalena	47	Santa Marta	001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVARADO	MONTENEGRO	YASMITH	KAREN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	169	Magdalena	47	Santa Marta	001

41. Dirección principal
CR 14 17 126 BRR CUNDI

42. Correo electrónico ykalvaradom@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3013797345	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2006 01 30					5132	

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	5	49																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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 2021 - 11 - 08 / 20 : 17: 24

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 ALVARADO MONTENEGRO YASMITH KAREN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

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
Alvarado	Montenegro	Yasmith Karen

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57435406

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 08 MES 02 AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14 - 17 126 CASA cundi

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4353817 EMAIL ykalvaradom@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1990
										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			03	1998	

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2006	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREAS ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD COLSALUD S.A CLINICA MAR CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4206464	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 21 · 18 A- 103 ESQUINA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES INTEGRALES DEL CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3563646	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 53 N 70 86					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES INTEGRALES DEL CARIBE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3563646	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERAS	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 53 N 70 86					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2006	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2006
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

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	17	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	10

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

YASMATH KAREN ALVARADO

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

Externado Nacional de Bachillerato "Hugo J. Bermúdez"

JORNADA NOCHE

SANTA MARTA

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional.

Resolución No. 15105 de 9 de Octubre de 1984

Confiere a:

Yasmith Karen Alvarado Montenegro

Identificado con C. C. No. 57.435.406 de Santa Marta

El título de

Bachiller Académico

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

La Notaría Primera (E) de Santa Marta da Fé que esta fotocopia corresponde al documento original que tuvo a la vista.
30 SET. 1995
AMARILYS RODRIGUEZ RAMIREZ
Notaría Primera (E)
Santa Marta - Magdalena - Colombia

Rector

Secretario

Dado en Santa Marta a 4 de Diciembre de 1990.

Anotado al folio 2.029 libro de registro No. 4. Reg. No. 56573

Secretaría de Educación

Servicio Seccional de Salud Magdalena
Reconózcase este Título y dos los efectos legales.
Santa Marta 18-III-19
Resolución No. 0547
DIRECTOR
Control de Medicamentos y Toxicología
J E F E

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:

YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO

Titular de la C. C. Nº 57.435.406 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 ENFERMERIA

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

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaría Académica

Santa Marta, 13 MAR 1998

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0547 DE 19__

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR 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 YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO identificada con la Cédula de Ciudadanía No 57.435.406 expedida en Santa Marta 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 13 de marzo de 1998.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscríbase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA en todo el territorio nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 18 MAR. 1998

Original Firmado Por:
Antonio Lincro Manjarrés

ANTONIO LINERO MANJARRES
Director Servicio Seccional
de Salud del Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefa Sección Control
Medicamentos Alimentos
Y Toxicología

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ALVARADO MONTENEGRO YASMITH

C.C. 57.435.406

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual, **del 8 al 11 de Noviembre de 2020.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

Regina Ortega Gual
PSICÓLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO

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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO

C.C. 57435406

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LOS LINEAMIENTOS AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado en modalidad virtual**, del 8 al 10 de Octubre de 2021,**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso sigue los lineamentos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.
Valido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

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

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

NIT 900386743-5

CERTIFICA QUE:

YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO
C.C. 57.435.406

ASISTIO AL :

"DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRIC
ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SAN
DU
TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE D
NEONAT
DESARROLLADO CON LAS GUIAS 2015-2020 I
RESUCITACIÓN PARA

Como el enfoque

AL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"
GDALENA), EL DIA 26 DE MAYO DE 2018
ORAS.
URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA
TOLOGIA II.
ES NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE
DEL EQUIPO DE SALUD

Resolución 2003/2014.

No. 4461 de 29/04/2011.

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
REGISTRO MEDICO
ENTRENAMIENTO BLS/PALS/CAS

DR. JUAN PABLO SALGAI
MD MEDICO CIRUJANO
DIRECTOR CIENTIFICO
ENTRENAMIENTO BLS ACLS AHA

NA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
INSTRUCTOR BLS ACLS UCI

KAREN LOBO
COORDINADOR
NACIONAL DE

ORGULLOSAMENTE
CONSTRUIDO

Un Grupo de Grupo de Emergencias

Grupo Colombiano de Emergencias

CERTIFICADO
DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO

Con Cédula de Ciudadanía No. **57.435.406**

Asistió a la Actualización Teórico-Práctica en

AFRONTAMIENTO DE DUELO Y TERAPIA EMOCIONAL

Realizada el día 13 de Septiembre de 2020 en Santa Marta (Magdalena), con una intensidad de 40 (cuarenta) horas.

Angélica Peña
Directora Administrativa

Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



SERVICIO Control de Medicamentos y Productos Biológicos SECRETARIA DE SALUD DPTAL. MAGDALENA

REGISTRO No. 1000

NOMBRE: YASMIN ALVARADO MONTENEGRO

C.C. No. 57.435.406

EXPEDIDA EN: Santa Marta

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

RES. No. 0547-III-18-1998

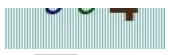
JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

ESTA COPIA COINCIDE CON EL DOCUMENTO ORIGINAL QUE TUVE A LA VISTA.

21 ENE. 1999

RAMON LAFAURIE GUERRERO.
NOTARIO PRIMERO
SANTA-MARTA-MAGDALENA-COLOMBIA

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

3026

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-06-06→3:09:47 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57435406	YASMITH	KAREN	ALVARADO	MONTENEGRO	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) YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO identificado(a) con CC 57435406 registra La siguiente información:

2023-06-06→3:09:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1993-03-18	547	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).

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ALVARADO MONTENEGRO YASMITH

C.C. 57.435.406

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual, **del 8 al 11 de Noviembre de 2020.**
con una intensidad académica de **20 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

Regina Ortega Gual
PSICÓLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO

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

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO

C.C. 57.435.406

Por haber asistido y aprobado el curso:

HAZMAT MEDICO

ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado en modalidad virtual del **16 al 17 de Abril de 2022.**
con una intensidad horaria de **40 horas.**

El curso cumple con lo exigido por la Res. 3100 del 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

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

Powered by CamScanner

SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA
TELECONSULTA

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 24/12/2020 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO
CC: 57.435.406 Sexo: F Edad: 50 AÑOS
Labor a Desempeñar: Auxiliar De Enfermería

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR
Recomendaciones y/o restricciones: o PAUSAS ACTIVAS o USO EPP o *CONTINUAR CONTROLES MEDICOS PERTINENTES* o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LLEGAR AL PESO IDEAL o CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMAS DE OMS, ACIN Y MINSALUD PARA PANDEMIA COVID – 19

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes

No se realiza prueba de COVID 19(ni sanguínea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM:0806-S.M - LIC.11030
UNIMETRO - UNINORTE

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
Lic. SO1301 SSM

3187691250
Serviciosmedicosamb19@gmail.com
Carrera 24 #19-07

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE". NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO**, identificada con cedula de Ciudadanía **No. 57.435.406** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** contratos de prestación de servicios dese el 05 de septiembre de 2014, contando con contrato vigente relacionado a continuación:

VIGILADO Supersalud

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: No. 2203

FECHA DE EJECUCIÓN: Contando desde el **01/07/2021.**

POR VALOR MENSUAL DE: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS ($1.500.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veinte (20) días del mes de septiembre de 2021.

ANA MARIA CORDOBA LEAL.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

MAR CARIBE

COLSALUD S.A. CLINICA MARCARIBE
Nit. 819.002.176-8
Cod. Hab. 470010047601

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA COMPAÑÍA COLOMBIANA DE SALUD S.A.

CERTIFICA:

Que la señora **YASMITH ALVARADO MONTENEGRO,** identificada con cédula de ciudadanía No 57.435.406 de Santa Marta, está vinculada a esta Compañía desde el 01 de febrero del 2000, mediante contrato a término fijo inferior a un año, en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación mensual de **OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS M/L ($877.803).** Con un promedio mensual equivalente a la suma de **UN MILLON CIEN MIL PESOS ($1.100.000.),** sujeto a los recargos nocturnos, horas extras y dominicales, etc.

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de enero de 2020. Con destino a **COMUNA UCC.**

Atentamente,

DIANA PATIN AVILA
Jefe De Recursos Humanos

Elaborado por
Valeria Gómez Hernández
Aprendiz de Recursos Humanos

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

cajamag
Caja de Compensación Familiar del Magdalena
"Somos parte de tu familia"

NOMBRES	Yaswith Karen.
APELLIDOS	Alvarado Montenegro
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. 57435406.
FECHA DE NACIMIENTO	aaaa 1997 mm 02 dd 08

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO				
VARICELA 1	20-12-19	5010477		
2	0-0-0.	20		
NEUMOCOCO				
INFLUENZA				

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
ZOSTAVAX HERPES ZOSTER				
HEPATITIS A				
Triple Viral OTRAS	20-12-19	AC9CE 888B	5 años	Belgys Alcocer.

OBSERVACIONES:

SO10473 ABR-2021

MSD
Varivax®
Vacuna de virus atenuados vivos de Varicela
Vial con polvo liofilizado (rosado) para reconstituir a una dosis de 1350 UFC/0,5mL de suspensión inyectable.
Vía de administración: Subcutánea.
Registro Sanitario No. INVIMA 2014M-0017504

Priorix™
1 dose/dosis (0.5 ml)
1 dose for/pour reconstitution
1 dosis para reconstitución
Inj./Inyec. : S.C. or I.M.
Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola
Storage/Cons. : 2°C - 8°C
Do not freeze/ Ne pas congeler/ No congelar.
GSK Biologicals s.a. Rixensart – Belgium
A69FE888B 11-2018 10-2020

Lot.
Exp.

VENCIDO SUPER

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETÁNICO DIFTERICO TD					
HEPATITIS B	1	20-12-19	Ufx19002		ya recibida
	2	20-01/3-20			

BIOLÓGICO	FECHA (DD/MM/AAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA				
FIEBRE TOFOIDEA				
DPT ACELULAR	20-12-19	C5487AB		



EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
ENTRAR EN ZONAS DE RIESGO

...npensación Familiar del Magdalena
...parte de tu familia"
Calle 23 No. 7 - 78
San... Marta D.T.C.H, Magdalena
PBX 421 7900

El servicio público es de todos | 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	2022-07-17 15:32

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YASMITH	KAREN	ALVARADO	MONTENEGRO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57435406

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	$29.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$1.000.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$30.400.000,00

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
CREDITO LIBRE INVERSION, TARJETA DE CREDITO	$42.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **ALVARADO MONTENEGRO YASMITH KAREN** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **57435406** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**01/02/2022**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 16 de julio del 2022. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57435406,** se encuentra afiliado/a desde **26/08/1994** 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 13 de febrero 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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta	Cra. 14 #23-42,	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO	M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	57435406	SANTA MARTA	14/01/91

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
8	2	1970	SANTA MARTA	Kra. 14 N. 17 -126, Barrio Cundi	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ykalvaradom@gmail.com	3013797345	3028277105

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	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
Clinica Mar Caribe Colsalud S.A.	Publica		Privada	x	Mixta		Otra, cual?	Auxiliar de Enfermeria

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Calle 21 N. 18a - 103	Santa Marta	Alcazares	4206464

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2200000	Total Egresos mensules	1800000
Otros Ingresos Mensules	0	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	2200000	Total Pasivos	1800000
Mes y año de corte de la información financiera suministrad	JUNIO 2022	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?

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:

NO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

Yasmith Alvarado M

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento