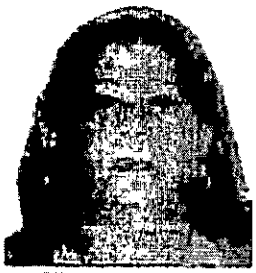
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.554.704
GOMEZ CANDELARIO

APELLIDOS
YERIS MARIA

NOMBRES



Firma

FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1964
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

28-SEP-1983 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-2100100-00455107-F-0036554704-20130814 0034344054A 1 4442399202

Scanned by CamScanner

HUMB	**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,** Jesus M. Gomez C., Identificado con Cédula No. 36554704 y Profesión Auxiliar enfermeria **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Jesus M. Gómez C.

	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

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36554704**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36554704	GOMEZ	CANDELARIO	YERIS	MARIA	07/02/22

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

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) Yeris María Gómez Candelario identificado con C.C./C.E./P.P No. 36554704 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 6 del mes de Junio de 2023.

Firma Yeris M. Gómez C.
Nombre YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO
Cédula 36554704

Powered by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 16:56:34
YERIS MARIA GOMEZ...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

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	YERIS MARIA
Apellidos	GOMEZ CANDELARIO
Fecha de Nacimiento	17/02/1984 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	36554704
Dirección	MANZANA 10 CASA 9 URBANIZACION SANTA HELENA
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	yerismariagocan64@gmail.com
Teléfono	
Celular	3013895375
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 Yeris María Gomez C.

identificado con C.C No. 36554704 de Santa Marta

le solicito a usted dejarme ingresar como Auxiliar enfermería dentro del área de Psiquiatría espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Yeris M. Gómez C.

C.C 36554704 de Santa Marta

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14811100600

(415)7707212489984(8020) 000001481110060 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 4 7 0 4	5	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 5 5 4 7 0 4	1 9 8 3 0 9 2 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	CANDELARIO	YERIS	MARIA

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 10 CA 9 URB SANTA HELENA

42. Correo electrónico: laumirandag16@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 7 1 0	2 0 0 9 1 1 2 7						1 3 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2022 - 02 - 07 / 13 : 54: 01

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 GRANADOS VARGAS FRANCISCO JESUS
985. Cargo Gestor III

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14811100600

(415)7707212489984(8020) 000001481110060 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 4 7 0 4	5	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 6 0 2 0 9	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 9 4 4 0 5	
78. Departamento	4 7	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14811100600

(415)7707212489984(8020) 000001481110060 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 5 5 4 7 0 4	5	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Procesamiento y conservación de carne y productos cárnicos 1 0 1 1

162. Nombre del establecimiento: CHORIZOS DEL CARIBE CARNES FRIAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

165. Dirección: AV DEL RIO # 24A-35

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 0 9 4 4 0 6	2 0 0 6 0 2 0 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 3 3 4 9 7 7	2 0 1 5 0 7 1 2

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

DOCUMENTO CERTIFICADO 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
Gómez	Candelario	Yeris Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36554704	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 17 MES 02 AÑO 1964	CALLE 9 N ° 50 -82 casa bastidas			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3013895375	EMAIL	yerismariagocan64@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	1985
										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	2015	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
Cursos	CORPORACION ASMEDAS MAGDLENA S-S ASMEMAG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	AUXILIAR DE ENFRMERIA	03	2011
Seminario	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	EFECTOS DE LAS DROGAS ILÍCITAS EN LOS PROCESOS DE BIOQUÍMICOS FISIOLÓGICOS DEL ORGANISMO HUMANO Y LA CONTRIBUCIÓN	11	2010
Conferencia	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GENERALIDADES DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS	10	2010
Seminario	HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SEMINARIO SOBRE NOTAS DE ENFERMERIA IMPORTANCIA E IMPLICACION HUMANIZACION Y	09	2010

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
			BALANCE DE LIQUIDOS		
Conferencia	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	05	2010
Taller	CESMAG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CIRCULANTE EN SALA DE CIRUGIA	10	2009
Seminario	CESMAG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	PRINCIPIOS BASICOS EN PRIMEROS AUXILIOS	09	2009
Seminario	CESMAG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SALUD	08	2009
Taller	LIDERES EN ACCION	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	CREE- SIENDO CON TECNICAS DE PNL	04	2009
Seminario	CETECOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	MANEJO DIGITAL DE IMAGENES	10	2005

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 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*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITL UNIVERSITARIO FERNANDO TROONIS	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2014

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	01	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITRIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 N 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

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 4346262		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* PSIQUIATRIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REDCARIBE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2010	*Día*	11	*Mes*	10	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 N 23 42					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO		*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*				*FECHA DE RETIRO*					
		Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO		*NIVEL EDUCATIVO*				*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	5

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

YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO MAGDALENA

(SECCION NOCTURNA)

SANTA MARTA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No 21427 DEL 2 DE DICIEMBRE DE 1983

CONFIERE A

Yeris María Gómez Candelario

IDENTIFICADO CON C. de C. No. 36554[illegible] DE [illegible]

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN [illegible] A 6 DE [illegible] DE 19[illegible]

ANOTADO AL FOLIO 305 LIBRO DE REGISTRO No. 2 Reg. 16599

SECRETARIO DE EDUCACION

No 335022

EN Santa Marta A 22 DE Enero DE 1986

LA REPUBLICA DE
COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA,

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS-
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

con Licencia de Funcionamiento según Resolución No 0508 y Registro de Programa según Resolución No 407 emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acreditada No 0013 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A: YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO

CEDULA DE CIUDADANIA No: 36.554.704 EXPEDIDA EN SANTA MARTA

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1600 horas

Dado en Santa Marta a los 23 días del mes de Marzo de 2011

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No 40 Registro 130 del Libro de Actas 0001

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena -SS-

Nit. 900258910-0

ACTA DE CERTIFICACION No. 004

En la ciudad de Santa Marta, a los dieciséis (16) días del mes de marzo del año 2011 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso AUXILIAR EN ENFERMERIA, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, institución con licencia de funcionamiento según resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010, y Registro de Programas según Resolución número 407 del 24 de Febrero de 2011, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 0048 del 21 de enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Comprobada la situación legal y académica de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al alumno cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación: **GOMEZ CANDELARIO YERIS MARIA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **36.554.704** expedida en **Santa Marta.**

La anterior acta fue fechada en 16 de Marzo de 2011 y consta de 355 alumnos, que inicia con los apellidos y nombres de **ACEVEDO GOMEZ ADRIANA MARCELA** y culmina con los apellidos y nombres de **ZULETA NAVARRO YISSAN PATRICIA.**

Fue firmada por el Director **MANUEL DEL PRADO BRITO**, y la Secretaria General **ROSARIO VANEGAS GUTIERREZ**

Se expide en Santa Marta D.T.C.H., a los dieciséis (16) días del mes de Marzo de 2011.

Firmado y Sellado

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA ASMEMAG Nit. 900.258.910-0

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA ASMEMAG Nit. 900.258.910-0

ROSARIO VANEGAS GUTIERREZ
Secretaria General

La Universidad del Magdalena
Facultad de Ciencias de la Salud

CERTIFICA QUE:

YERIS GOMEZ.

Participo en el I Seminario "El Efecto De Las Drogas Ilicitas En Los Procesos Bioquímicos Y Fisiológicos Del Organismo Humano Y La Contribución De La Enfermeria A Este Fenómeno" el dia 19 de Noviembre del 2010. 8—12 pm

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ
DIRECTORA ACADEMICA
PROGRAMA DE ENFERMERIA

JOAQUIN PINTO MENDEZ
DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Hospital universitario Fernando Troconis y la Universidad Cooperativa de Colombia

Certifica que:

Yeiss Gomez G.

Participó como asistente al

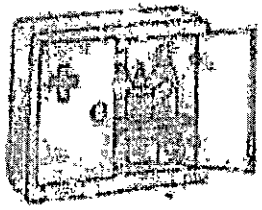
SEMINARIO SOBRE NOTAS DE ENFERMERIA SU IMPORTANCIA E IMPLICACIONES LEGALES, HUMANIZACIÓN Y BALANCE DE LÍQUIDOS

REALIZADO EL DÍA 28 DE SEPTIEMBRE CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 4 HORAS

GRACIELA BASTIDAS
JEFE DE DEPARTAMENTO

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "Gabriel Angulo"

CESMAG
GABRIEL ANGULO



Certifica que:

YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO

Asistió al Seminario Taller

"Principios Básicos en Primeros Auxilios"

Con una intensidad horaria de 4 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a los 08 días de Septiembre de 2009

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

ERIKA EGURROLA NAVARRO
PSICOLOGA

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "Gabriel Angulo"

CESMAG
Gabriel Angulo

Certifica que:

YERIS GOMEZ CANDELARIO

Asistió al Seminario Taller

"Normas de Bioseguridad Hospitalaria"

Con una intensidad horaria de 4 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta, a los 03 días de septiembre de 2009

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

ERIKA EGURROLA NAVARRO
PSICOLOGA

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "Gabriel Angulo"

CESMAG
GABRIEL ANGULO



Certifica que:

YERIS GÓMEZ CANDELARIO

Asistió al Seminario Taller

"Riesgos Laborales en el Sector Salud"

Con una intensidad horaria de 4 horas

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta a los 28 días de Agosto de 2009.

JORGE AGUDELO APREZA
Director CESMAG

ESTELA DE LA HOZ PERTUZ
PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE

YERIS GOMEZ

Asistió y aprobó a la capacitación de urgencias psiquiatritas y administración de medicamentos, los días 13, 18, 25, 26, de mayo de 2010 con una intensidad horario de 24 horas.

EDITH DIAZ
MG Doctorado programa de Enfermeria Universidad del Magdalena

TATIANA GONZALEZ
MG Y Especialista en salud mental y psiquiatria

EVIDIA GAMBOA
Coordinadora Grupo Funcional de Enfermeria HUF

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 1863
"Por la cual se registra un título"
EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DE MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 36.554.704 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificacion No. 004 del día 16 de Marzo de 2011.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 36.554.704, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo 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 corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 06 DIC 2011

STEVENSON MARULANDA PLATA
Secretario Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado por Germar Navarro C. Administrador de Empresas — Revisó: María Luisa Pérez N. – Bacteriologa Especializada

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam… 1

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



Cambiar

2548

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-02-16→11:14:43 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36554704	GOMEZ	CANDELARIO	YERIS	MARIA	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) GOMEZ CANDELARIO YERIS MARIA identificado(a) con CC 36554704 registra La siguiente información:

2023-02-16→11:14:43 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2011-12-06	1863	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

YERIS MARÍA GÓMEZ CANDELARIO

C.C. 36.554.704

por haber asistido y aprobado el curso:

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

Realizado en modalidad virtual, **del 27 al 28 de Febrero de 2021.**
con una intensidad académica de **40 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
PSICOLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO

C.C. 36.554.704

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA PEDIATRICO Y ADULTO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 15 DE FEBRERO DEL 2022
DURACIÓN 20 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACIÓN 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
COORDINADOR MEDICO.
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO NO. 20511/05

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4481 DEL 24 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

FECHA DE RENOVACION FEBRERO 2024 cel.310 7451759

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

Yeris María Gómez Candelario

CC 36554704 de Santa Marta, 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

Yeris María Gómez Candelario

CC 36554704 de Santa Marta, 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

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 02/Feb/2022, **Hora:** 10:32:54 a.m.
HC: # 68909
Apellido: Gomez Candelario **Nombre:** Yeris Maria
Edad: 57 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 36554704
Sexo: Femenino
Empresa: Particular **Nacim:** 17/Feb/1964
Cargo: Auxiliar De Enfermeria **Rh:** A+
Direccion: Mz 10 Casa 9 Urb Santa Elena
Telefono: **Celular:** 3013895375 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 77 Kg **Estatura:** 160 Cm **IMC:** 30.0 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sin Definir **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Dieta
Ejercicio Regular
Control Periodico Por Pyp Por Eps
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

Observaciones

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

Yeris Maria Gomez Candelario
CC 36554704

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT: 900.244.788-7

A QUIEN INTERESE:

Certificamos que el señor(A) **YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO** identificado(a) con cedula de ciudadanía numero 36.554.704 de Santa Marta (Magdalena)., presta sus servicios por medio de nuestra Cooperativa de Trabajo Asociado **"REDCARIBE CTA"**, en la **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TRUJILLO** desde el 01 de Octubre 2010 hasta la fecha; desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** con una compensación mensual de 770. 000 (setecientos SENTENTA MIL PESOS).

Se expide la presente certificación a petición del interesado el día 11 De Octubre 2011

Atentamente,

REDCARIBE CTA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT. 900.244.788-7

NACIRA BARRANCO MIRANDA
Dpto. Recursos Humanos

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

Consérvelo

En caso de recibir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios habilitados

Bogotá D.C.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jesús María
Apellidos: Pérez Tamayo
Documento de Identidad: Cédula de Ciudadanía / Pasaporte No. 36559904
Fecha de Nacimiento: Día: 12 Mes: 02 Año: 1954

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	14-6-2002	U134	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	14-6-2002	EU POE 004	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	14-6-2002	U X26 1270	
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	14-6-2002	-232		
Contra Influenza A H1N1	2/10/10	5100 UI		Completo
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Yeris Mona.
Apellidos: Gomez Caudeloro
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 36554704
Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 02 Año 1964

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06/03/21	Pfizer	EW1145	Clinica La Milagrosa	Ludys Amaro	57445658
	2	27/03/21	Pfizer	ER1742	Clinica La Milagroso	Mayte Vargas	36561263

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	2022-02-10 11:07

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YERIS	MARIA	GOMEZ	CANDELARIO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	36554704

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: SI [ ] 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 INTERES

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
CESAR	ALBERTO	MIRANDA	MONTES

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 12556723

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) **YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO**; identificado(a) con **CC** número **36554704**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/04/2015**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **7** días del mes **6** del año **2023**

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

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.554.704**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 9 de Junio del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

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 **YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO** con **CC** No. **36554704**, 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 :** AUXILIAR ENFERMERIA **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): 202301016138916.

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

YERIS MARIA GOMEZ CANDELARIO														Sexo			
														M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	36554704	SANTA MARTA	28/09/1983

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		1	X				X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
17	2	1964	SANTA MARTA	MANZANA 10 CASA 9 URBANIZACION SANTA HELENA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
yerismariagocan64@gmail.com	3013895375	NO

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			X	8	7	1	0

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERA	ACTIVIDADES DE HOSPITALES CLINICAS, CON INTERNACIÓN

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

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

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensules	1.500.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.800.000	Total Pasivos	1.500.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	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?

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:

HONORARIOS

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 o 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

Yeris M. Gómez C.

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):

Powered by CamScanner