

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ, Identificado con Cédula No. 1118846476 y Profesión ENFERMERA 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: Yuleidy Almanza N

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	✕	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✕	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✕	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	✕	
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)	✕	
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)	✕	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)	✕	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	✕	
12	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual).	✕	
13	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
15	Tarjeta Profesional	✕	
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)	✕	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).	✕	
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).	✕	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	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.		
25	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)	✕	
26	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.		
27	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).	✕	
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	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)	✕	
30	Soporte de experiencia laboral.	✕	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.	✕	
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://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)	✕	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	✕	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)	✕	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✕	



Yuleidy Almanza Muñoz

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.846.476**
ALMANZA MUÑOZ

APELLIDOS
YULEIDY ASTRID

NOMBRES
Yuleidy Almanza Muñoz
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1993**

PEDRAZA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

22-JUN-2011 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-4800100-00316017-F-1118846476-20110725 0027522789A 1 37062396



Has buscado el número de identificación: **1118846476**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1118846476	ALMANZA	MUÑOZ	YULEIDY	ASTRID	2022-07-16, 5:15 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1118846476	ALMANZA	MUÑOZ	YULEIDY	ASTRID	2022-12-12, 9:11 pm

El (la) suscrito(a) YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ identificado con C.C./C.E./P.P No. 1118846476 expedida en RIOHACHA, 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 8 del mes de septiembre de 2023.

Firma
Nombre
Cédula


YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
1118846476

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad



Nombre de la entidad

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

Nombre abreviado

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

Fecha de creación

16/07/2022 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen

COLOMBIA

Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

Número de documento

1118846476

Tipo Entidad Estatal / Proveedor

Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección

ETP 1 CALLE 46 #64-5 TORRE 4 APTO 103
PARQUES DE BOLIVAR

País

COLOMBIA

Ciudad

Magdalena

Municipio

Santa Marta

Código postal

+57

Teléfono de oficina

3206319492

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina

yuleidyastrid25@hotmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOP II

yuleidyastrid25@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Página web

Página web

Facebook

URL linkedin

URL de youtube

Twitter URL

Contacto principal

Título

Nombre

Cargo

Teléfono

Móvil

Fax

Correo electrónico

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

3206319492

yuleidyastrid25@hotmail.com

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=23000726

1/2

Santa Marta, 23 de octubre de 2023

Doctor
German Vargas Mosquera
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Ref Propuesta de trabajo

Yo, YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.118.846.476 de Riohacha, La Guajira, soy enfermera, por medio de oficio, me permito dejar a su consideración la presente propuesta.

Cortésmente 6me dirijo, para ofrecerle mis servicios como enfermera; por medio de este escrito pido la oportunidad de hacer parte del equipo de trabajo del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Con mi experiencia y mi buen desempeño como ser humano y profesional; ayudaré a brindar una buena atención a toda la población usuaria de la Entidad.

Atentamente,



YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
C.C 1.118.846.476 de Riohacha, La Guajira.
Enfermera



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Almanza		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Muñoz		NOMBRES Yuleidy Astrid	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1118846476			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 25 MES 03 AÑO 1993 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO PEDRAZA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 16A NORTE 20A 19 NORTE CRA 16 No 20-19 BARRIO 13 DE JUNIO PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO 3206319492 EMAIL yuleidyastrid25@hotmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	07	2016	Si

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 4346262			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día		02		Mes		08		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA			DEPENDENCIA AREA DE HOSPITALIZACION					DIRECCIÓN CARRERA 14 23 42				

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:	
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

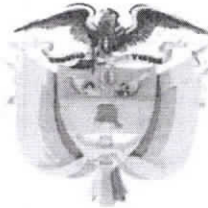
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	1



Yuleidy Almanza Muñoz

República de Colombia



Institución Educativa
Técnico Agropecuaria y Ecológica
"José Badul"

Del Corregimiento de Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena
Reconocida Oficialmente por la Secretaría de la Educación del Departamento del Magdalena
Según Decreto No. 463 del 20 de diciembre de 2002

Confiere a:

Yuleidis Astrid Almanza Muñoz

C.I. No. 93032529974 de Pedraza (Magdalena)

El Título de

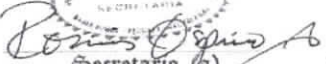
Bachiller Técnico

Especialidad : Agropecuaria y Ecológica

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

RECTOR

Rector

SECRETARIO

Secretario (a)



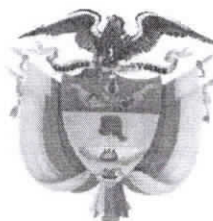
Anotado en el libro de Registro de Diploma

Como 002 Folio 012 No. 018

Dado en Bahía Honda, a los 22 días del mes de Diciembre de 2009



Yuleidy Almanza Muñoz



ACTA DE GRADO
Institución Educativa
Técnico Agropecuaria y Ecológica
"José Dadul"

Reconocida Oficialmente por la Secretaría de la Educación del Departamento del Magdalena
según Resolución No. 463 del 20 de Diciembre de 2002
Corregimiento de Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena

En el Corregimiento de Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena, a los veintidos (22) días del mes de Diciembre del 2009, se reunieron los suscritos: Director, Coordinadores y Docentes de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO AGROPECUARIA Y ECOLÓGICA "JOSÉ DADUL", con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de undécimo grado (11°), en la modalidad técnica.

Esta es una institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Básica y Media, según Resolución No. 463 del 20 de diciembre de 2002 y reconocida Oficialmente por la Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena para otorgar el título de BACHILLER TÉCNICO en la especialidad AGROPECUARIA Y ECOLOGICA.

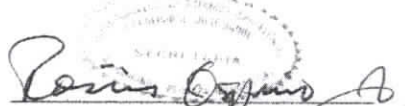
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER TÉCNICO** en la especialidad **AGROPECUARIA Y ECOLOGICA**, el número de orden, nombres, apellidos y número de documento de los alumnos se relaciona a continuación.

No. 36 Yuleidis Astrid Almanza Muñoz
TI No. 93032529974 Expedida en Pedraza (Magdalena)

Es fiel copia tomada del Acta original No. 010 de fecha **Diciembre 22 de 2009** que consta de 36 alumnos graduados, comienza con el nombre de **Esilda Rosa Santana Blanco** y se cierra con el nombre de **Yuleidis Astrid Almanza Muñoz**.

En constancia se firma y sella la presente acta por quienes en ella intervinieron, en Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena a los (22) veintidos días del mes de Diciembre de 2009.


Rector


Secretario(a)



Yuleidy Almanza Muñoz



EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

C.C. No. 1.118.846.476 de Riohacha

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS
PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL
LE OTORGA EL TÍTULO DE

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

[Signature]
VICERECTOR

[Signature]
RECTOR

[Signature]
DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 8 DEL LIBRO 2

NÚMERO DE REGISTRO E - 2615

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS

29 DÍAS DEL MES Julio DEL AÑO 2016

13044



Yuleidy Almanza Muñoz



Universidad Metropolitana
Ciencias de la Salud
Programa de ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO
Código: E-84-3562-16

Otorgada a:

Yuleidy Astrid Almanza Muñoz

Cédula De Ciudadanía 1.118.846.476 de Rjohacha

En Barranquilla a los 29 días del mes de Julio de 2016 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vicerrector, Director(a) de los Subsistemas Administrativo y Académico, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico. Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

Yuleidy Astrid Almanza Muñoz

Cédula De Ciudadanía 1.118.846.476 de Rjohacha

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL LE OTORGA EL TÍTULO DE:

Enfermera

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dió por clausurado el Acto de Grado, a los 29 días del mes de Julio de 2016.

Alberto E. Acosta Perez
ALBERTO E. ACOSTA PEREZ
Rector

Jairo Alfonso Tellez Mosquera
JAIRO ALFONSO TELLEZ MOSQUERA
Vicerrector

M^{ra} Claudia Vargas Vasquez
MARÍA CLAUDIA VARGAS VASQUEZ
Director(a) de Programa

Resolución 1052 de febrero 25 de 1974 del Ministerio de Educación Nacional



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.118.846.476, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

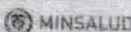
Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, al treintaiuno (31) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



Yuleidy Almanza Muñoz

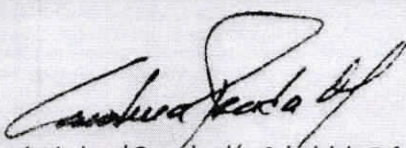
  

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA
YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
C.C. 1.118.846.476
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
Barranquilla
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-07-29
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2016-08-26



5270 CrearID.com | 921.9115


Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

Yuleidy Almanza Muñoz
FIRMA DEL PROFESIONAL

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 PQRS](#)
[Notificaciones judiciales](#)
[Términos y condiciones de uso.](#)



Cambiar

8413

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-11-02→2:01:08 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1118846476	YULEIDY	ASTRID	ALMANZA	MUÑOZ	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) YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ identificado(a) con CC 1118846476 registra La siguiente información:

2023-11-02→2:01:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016-08-26	1118846464	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).



FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"



NIT 960384151-7



COOPERATIVA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y EL PATRÓN EMPRESARIAL "PRO TALENTO HU"
NIT 821 004 411 - 0
FUNDACIÓN EMPRESARIAL No. 1780 - 2005

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

MANEJO INTEGRAL EN SALUD DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Actualización del curso de 20 horas

Dado en Sincelejo (Sucre) a los 14 días del mes de julio de 2022

Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional -

Educación informal

Hader Tovia Correa

HADER TOVIO CORREA
Psicólogo - Instructor

Liseth Miranda

LISETH MIRANDA
J. Enf - Instructora

Alberto Arroyo Gonzalez

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
R. Legal de Fundación Convivencia

Daño Benítez R.

DAÑO BENITEZ R.
Director-Protalentu



FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"



NIT 960398151-7



COMPROMISO PARA EL DESARROLLO HUMANO Y DEL BIENESTAR
NIT 831004315-0
PERSONAL JURIDICA No. 1700 - 2015

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

SOPORTE VITAL AVANZADO

A.C.I.L.S

Actualización del curso de 20 horas

Dado en Sincelejo (Sucre) a los 12 días del mes de julio de 2022

Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional -

Educación informal


DUVER CEPEDA

Medico Esp. Urgencia y
Cuidado Critico


LISETH MIRANDA

J. Enf - Instructora


ALBERTO ARROYO GONZALEZ

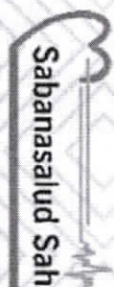
Rep. Legal - Fundacion
Convivencia


DARIO BENITEZ R.

Director-Protalenth



FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900073671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"



Sabanasalud Sahagún S.A.S.
NIT 900384151-7



PRO
TALENTO
HU
CONSEJO PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO "PROTALENTO"
NIT 822 004 513 - 0
PERSONALIA FIDELITY No. 1790 - 2005

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

MANEJO DEL PROCESO DE DUELO E

INTERVENCION EN CRISIS

Actualización del curso de 20 horas

Dado en Sincelejo (Sucre) a los 15 días del mes de julio de 2022

Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional -

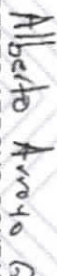
Educación informal


DIVER CEPEDA

Gerente - Esp. Urgencia y
Cuidado Cronico


HADER TOVIO CORREA

Psicologo - Instructor


ALBERTO ARROYO GONZALEZ

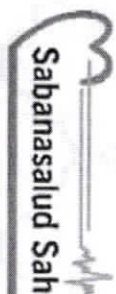
R. Legal-Fundacion Convivencia


DARIO BENITEZ R.

Director-Protalentu



FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"



NIT 960388151-7



COMPAÑIA PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO "PRO TALENTO HU"
NIT 823.004.313 - 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 2003

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Actualización del curso de 20 horas

Dado en Sincelejo (Sucre) a los 16 días del mes de julio de 2022

Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional -

Educación informal

Hadier Tovia Correa

HADER TOVIO CORREA

Psicologo - Instructor

Wilson Handam

WILSON HANDAM

J. Enf - Instructor

T.P 0601

Alberto Arroyo Gonzalez

ALBERTO ARROYO GONZALEZ

Rep. Legal F, Convivencia

Daño Benítez R.

DAÑO BENITEZ R.

Director-Protalenth

EMPRESA: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICADO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

TIPO DE EVALUACION

EXAMEN INGRESO

Santa Marta

Fecha del Examen: 25/10/2022

NOMBRE: YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

DOCUMENTO: 1.118.846.476

EDAD: 29

CARGO: ENFERMERA JEFE

CELULAR:

3206309492

GRUPO SANGUINEO:

A+

DIRECCION: CRA 19D #8-24
B. ALMENDROS

EXAMEN FISICO:

PESO: 50 TALLA: 156

TENSION ARTERIAL:

110/70

PRUEBAS REALIZADAS

VISIOMETRIA: OD: 20/20 OI: 20/20

USA LENTES:

NO

CARDIOPULMONAR: NORMAL: X

ANORMAL:

OSTEOMUSCULAR: NORMAL: X

ANORMAL:

EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN: NORMAL: X

ANORMAL:

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA LABORAR: SI

SIN LIMITACIONES PARA EL CARGO

RESTRICCIONES: NO HAY

OBSERVACIONES: CUIDADOS DEL EMBARAZO.

RECOMENDACIONES:

Realice Pausas activas 3 veces día.

Higiene Postural

Actitud Positiva a las actividades diarias son el mejor modo en la prevencion del Estrés Laboral y Social

Ponga en practica las normas de Asepsia y antisepsia en sitio de trabajo y casa

Para levantar pesos mayores de 25 kg utilíse apoyo mecanico o humano

Al inicio y durante el trabajo utilíse los elementos de proteccion personal

CONTINUAR CONTROLES PRENATALES

FIRMA:

REGISTRO MEDICO: 0556 SSM

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL: 1310 SSM

SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE

Santander Marquez Bustamante

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL

BOLETA N.º 001-19820

EXPIRACION: 31/12/2023



Yuleidy Almanza Muñoz

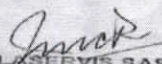


SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS SAS
NIT. 900.577.600-0

A QUIEN PUEDA INTERESAR

LA EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES SOLUCIONES LABORALES Y DE SERVICIOS S.A.S - SOLASERVIS S.A.S, con NIT. 900.577.600-0, domiciliada en la ciudad de Bogotá, hace constar que el señor(a) YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1118846476, estuvo vinculado(a) a nuestra Compañía desde el 25 de agosto de 2017 hasta el 15 de noviembre de 2017, ejecutando el cargo de ENFERMERO(A) JEFE mediante un contrato de trabajo por el término que dure la realización de la obra o labor determinada, con un salario mensual de \$1600000 y por otros conceptos, (AUXILIOS NO CONSTITUTIVOS DE SALARIO), Un valor de \$400.000.

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá, a los (21) días del mes de Noviembre de 2.017, a solicitud del interesado.


SOLASERVIS SAS
NIT. 900.577.600-0
SOLUCIONES LABORALES Y
DE SERVICIOS S.A.S.

MARTHA CATALINA RUÍZ CEPEDA
JEFE GESTIÓN HUMANA

EMPRESA: CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO BTURA
CARGO: ENFERMERO(A) JEFE
CC. Hoja de vida
Elaboró: Laura Ortégón

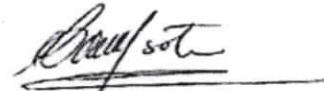
**LA SUSCRITA JEFE DE SELECCIÓN DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO
ASOCIADO "AGM SALUD C. T. A"
CERTIFICA QUE:**

Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a) **YULEIDY ASTRID ALMUÑOZ MUÑOZ**, identificado con cedula de ciudadanía **CC 1118846476**, me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) tuvo convenio con **AGM SALUD CTA** desde el **20 DE AGOSTO DE 2020** hasta **14 DE JULIO DE 2019**, prestando el servicio de **ENFERMERA JEFE**, en la Sede, **AGM SALUD CTA - SEDE RIOHACHA**, de la Empresa cliente **IPS - ANASHIWAYA (RIOHACHA)**.

Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, estuvieron regulados por la ley 79 de 1988, el decreto 4588 de 2006, ley 1233 de 2008, los regímenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Protección Social.
La vinculación del asociado fue por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

La presente constancia se expide a petición del asociado a los 01 días del mes de octubre de 2020. Para confirmar certificaciones y referencias favor marcar al número fijo 7288463

Solidariamente,



CARMEN SOTO AGRESOTT
JEFE DE OFICINA
AGM SALUD CTA - SEDE RIOHACHA

Sede AGM Salud c.t.a. Bogotá
Calle 32A No. 19-35
Teléfono: (1) 742 4232
Fax: (1) 743 3241

Sede AGM Salud c.t.a. Girardot
Carrera 7A No. 20A-11 Apto. 202 B, Granada
Teléfono: (1) 888 9591

Sede AGM Salud c.t.a. Barrancabermeja
Carrera 25 No. 50A-13 Santander
Teléfono: (7) 603 0964

Sede AGM Salud c.t.a. Villavicencio
Calle 36 No. 35-70 Oficina 212
Teléfono: (8) 661 0276

E-mail: agmsaludcta@hotmail.com Web: www.agmsalud.com

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1118846476 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 02/11/2023 02:11 PM



Código Verificación: **6M8XCUKHNL**

Válida hasta: **31/01/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Yuleidy Astrid

Apellidos:

Almanza Huñoz

Documento
de identidad:

C.C. D.T.I. Pasaporte PEP otro cual:

No.

1118.846.476

Fecha de
nacimiento:

Día 25 Mes 03 Año 1993

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Julián
Apellidos: Almazán
Documento de Identidad: C.C. No. 1118946476
Fecha de Nacimiento: 25 Mes 07 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
arampion Rubéola	1	19-10-20	0179N195	JW802
Toxoide Tetánico	2	27-01-13	02400008	Mano
Difterico Td	3	03-08-13	032401008	Mano
	4	11-08-14	02411015C	Mano
	5	18-08-15	02221	Mano
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	19-10-20	05412	Mano
Contra Influenza	1	19-10-20	05022	JW802
Otras				

HOSPITAL METROPOLITANO
Sección Sistema de Vacunación

BOOSTRIX	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

VPH	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				
3a				

POLIO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

ANTI-LEPTOSPIROSIS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				
3a				

OTROS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				
3a				

CENTRO DE VACUNACION GLOBAL FARMA S.A.S.
NIT 900.386.596-9

Nombre: Julián
Apellidos: Almazán
Identidad: 7414
Consecutivo: 7414

Calle 57 No. 48-85 Local 3 Ed. Balcones de Castilla
(al lado del Centro Inca) Tel.: 3601552 * Cel.: 301 7023835
300 4124700 * E-mail: jmglobalfarma@hotmail.com

INFLUENZA AGRIPPAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

VARICELLA VACCINE GC VC	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				
2				

TRIPLE VIRAL MORUPAN	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

MIGOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				
3a				

FEBRE AMARILLA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				

FEBRE T. FOLDEA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				
3a				

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				

TETANOS DIFTERIA (DT-Tet-AP)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO


 Libro y más
 Ministerio de la Protección Social
 República de Colombia


 TODOS LOS DÍAS
 LOS CENTROS DE VACUNACIÓN
 ESTÁN ABIERTOS


 INSTITUTO
 NACIONAL DE
 SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Juleidis		
Apellidos:	Almanza MVR02		
Documento de Identidad:	C.C. TL	Pasaporte	No. 1118346476
Fecha de Nacimiento:	Día 25	Mes 07	Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
arampion Rubéola	1	19-10-20	0129N195	JVR02
Toxoide tetánico	1	19-10-20	02400074	Asid
Difterico	2	23/11/13	02400085	Manic
Td	3	03/08/13	02400085	Manic
	4	11/08/14	02400085	Manic
	5	11/08/15	02221	Manic
Contra epatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	19-10-20	02400074	Asid
Contra Influenza	1	19-10-20	02400074	Asid
Otras				

HOSPITAL METROPOLITANO
Consulta Externa Maternidad

BOOSTRIX	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

VPH	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				
3a				

POLIO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

ANTI-LEPTOSPIROSIS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				
OTROS	3a			

CENTRO DE VACUNACION GLOBAL FARMA S.A.S.
NIT. 900.386.596-9

Nombre	Juleidis
Apellidos	Almanza M
Identidad	
Consecutivo	7414

Calle 57 No. 46-65 Local 3 Ed. Balcones de Castilla
(al lado del Centro Inca) Tel.: 3801552 * Cel.: 301 7023835
300 4124700 * E-mail: jmglobalfarma@hotmail.com

INFLUENZA AGRIPIPAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

VARICELLA VACCINE GC. VC	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				
2				

TRIPLE VIRAL MORUPAN	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

MIGOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a		05/07/13	117241	Manic
2a		19/08/14	02221	Manic

PIEBRE AMARILLA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				

PIEBRE T. FOLIOEA	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1				

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a		05/07/13	02400074	Asid
2a		19/08/14	02400074	Asid
3a		19/08/15	02400074	Asid

TÉTANOS DIFTERIA (DT-Td-AP)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a				

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA
1a				
2a				

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA
1				

OTRAS	DOSIS	FECHA DE VACUNACION	LOTE N°	FIRMA



Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2023-09-06 08:28

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

YULEIDY

ASTRID

ALMANZA

MUÑOZ

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1118846476

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

PEDRAZA

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	\$32.100.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$32.100.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

--

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí

☐

No

☒

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

☒

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

☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

Señor (a): YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
CC. 1118846476
PARQUES DE BOLIVAR ET 1 TO 4 AP 103
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 1 de 2018, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.846.476**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Noviembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FNC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ												Sexo															
												M	F	X													
Tipo de Documento				Número				Expedida en				Fecha de Expedición															
C.C.	X	C.E.		T.J.		R.C.		PP		1.118.846.476				Riohacha, La Guajira				22/06/2011									
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		2		X						X	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				Direccion Domicilio				Municipio / Ciudad				Departamento											
25				3				1993				PEDRAZA				CALLE 13 # 32-33				SANTA MARTA				MAGDALENA			
Correo Electrónico												No. Celular				Telefono											
yuleidyastrid25@HOTMAIL.COM												3102443351															
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIU															
Estudiante				Independiente		X		Empleado				Hogar				Jubilado				0		0		8		1	
Detalle Actividad Económica												Descripción del CIU															
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA																											

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 JULIO MENDEZ BARRENECHE				Publica X Privada Mixta Otra, cual?				PEDIATRA			
Dirección de empresa o negocio				Ciudad				Barrio		No. Teléfono	
CRA 14 #23-42				SANTA MARTA				LOS ALCAZARES		4365007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$ 2.600.000				Total Egresos mensuales \$ 2.600.000			
Otros Ingresos Mensuales \$ 00				Otros Egresos Mensuales \$ 00			
Total Activos \$ 50.00.000				Total Pasivos \$ 2.000.000			
Mes y año de corte de la información financiera suministra Mes 12 Año 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:							
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA							

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: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA 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 efectúe 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 consignen 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 Méndez 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.

		
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		