E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023 PAGINA 1 de 1

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: _____

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**	X	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).	X	
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional	X	
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
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)**.	X	
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).**	X	
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*)	X	
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***).	X	
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)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
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**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**	X	
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	



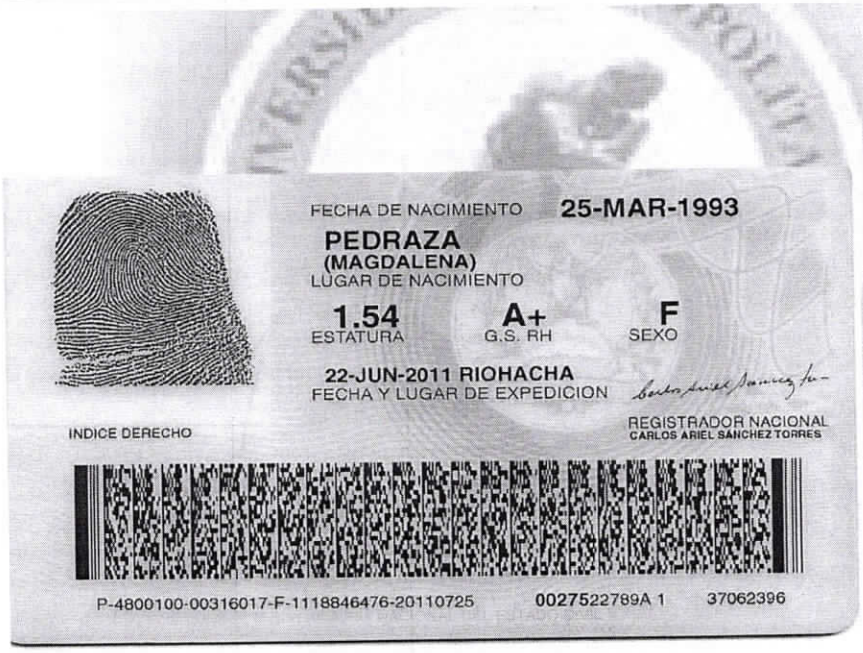
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.846.476**
ALMANZA MUÑOZ

APELLIDOS
YULEIDY ASTRID

NOMBRES

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

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

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

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	MUÃ‘OZ	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	MUÃ‘OZ	YULEIDY	ASTRID	2022-12-12, 9:11 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

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 4 del mes de diciembre de 2023.

Firma
Nombre YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
Cédula 1118846476

COPIA CONTROLADA

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

Editar datos resumen | Editar datos completos

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	YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3206319492
Fax	
Correo electrónico	yuleidyastrid25@hotmail.com

Santa Marta, 4 de diciembre de 2023

Doctor
German Vargas Mosquera
Gerente
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Ref: Propuesta de servicio.

Yo, Yuleidy Almanza Muñoz, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.118.846.476 de Riohacha, La Guajira; soy enfermera. Por medio de este oficio, me permito dejar a su consideración la presente propuesta.

Cortésmente me dirijo, para ofrecerle mis servicios profesionales como enfermera: por medio de este escrito pido la oportunidad de seguir integrando el equipo de trabajo del Hospital Julio Méndez Barreneche. Con mis conocimientos, el buen desempeño como ser humano y experiencia profesional; ayudaré a brindar una buena atención a toda la población usuaria de la entidad.

Atentamente,



Yuleidy Almanza Muñoz
C.C 1.118.846.476 de Riohacha
Enfermera
Dirección: Calle 13 # 32 33
Celuar:3206319492
Correo: yuleidyastrid25@hotmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14634381666

(415)7707212489984(8020) 000001463438166 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 8 8 4 6 4 7 6	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALMANZA	MUÑOZ	YULEIDY	ASTRID

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: C L 46 64 59

42. Correo electrónico: yuleidyastrid25@hotmail.com

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

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
0 0 8 1	2 0 1 7 0 7 1 2							

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

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 07 - 07

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALMANZA MUÑOZ YULEIDY ASTRID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Almanza	Muñoz	Yuleidy Astrid

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1118846476

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 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** (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	8	X		ENFERMERIA	07	2016	Si

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*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:*		*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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	3

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, 8 de diciembre de 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Yuleidy Almanza Muñoz

República de Colombia

Institución Educativa

Técnico Agropecuaria y Ecológica "José Dadul"

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

TI 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

Secretario (a)

Anotado en el libro de Registro de Diploma

Tomo 002 Folio 012 No. 018

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

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 (11º), 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

VICERECTOR

RECTOR

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

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 Riohacha

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 reunen 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 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 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
Rector

JAIRO ALFONSO TELLEZ MOSQUERA
Vicerrector

MARÍA CLAUDIA VARGAS VASQUEZ
Director(a) de Programa

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

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ** identificada con la cédula de ciudadanía 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, a los treinta dias (30) días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 | 821 9116

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

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1118846476

Primer Nombre

yuleidy

Primer Apellido

almanza

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8515

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-04→9:12:44 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1118846476	YULEIDY	ASTRID	ALMANZA	MUÑOZ	Vigente

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:

2023-12-04→9:12:44 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	Tipo	Lugar	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa	Ent

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

Sabanasalud Sahagún S.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 0
PERSONERIA JURIDICA 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 TOVIO CORREA
Psicólogo - Instructor

LISETH MIRANDA
J. Enf - Instructora

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
R. Legal de Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3015101495

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

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 2005

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

SOPORTE VITAL AVANZADO

A.C.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	LISETH MIRANDA	ALBERTO ARROYO GONZALEZ	DARIO BENITEZ R.
Medico Esp. Urgencia y Cuidado Critico	J. Enf - Instructora	Rep. Legal - Fundacion Convivencia	Director-Protalenthu

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

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALEN HU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 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

DUVER CEPEDA
Gerente - Esp. Urgencia y Cuidado Cronico

HADER TOVIO CORREA
Psicologo - Instructor

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
R. Legal-Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

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

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 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

HADER TOVIO CORREA
Psicologo - Instructor

WILSON HANDAM
J. Enf - Instructor
T.P 0601

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep. Legal F, Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3013101495

SANTANDER MARQUEZ B.

Consultorio Cra 24 # 19-07
Celular 3046817939

EMPRESA: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICADO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

Santa Marta

TIPO DE EVALUACION EXAMEN INGRESO

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

RESTRICIONES : NO HAY

OBSERVACIONES : CUIDADOS DEL EMBARAZO.

RECOMENDACIONES :

Realize Pausas activas 3 veces dia .

Higiene Postural

Actitud Positiva a las actividades diarias son el mejor modo en la prevencion del Estres 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 utilise apoyo mecanico o humano

Al inicio y durante el trabajo utilize 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 CIRUJANO
Reg. Med. 0556 SSM - Lic. 1310
SALUD OCUPACIONAL

Powered by CamScanner

Solaservis SAS

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 Ortegón*

Calle 46 A No. 14 – 46 Bogotá- Colombia, Correo: analistagestionhumana@solaservis.co / **Cel: 3223630260 3103282189**

AGM Salud c.t.a
Asociados del Gremio Médico
Su Operador en Salud
NIT. 900.267.502-7

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 ciudadania* ***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 dias 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

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.

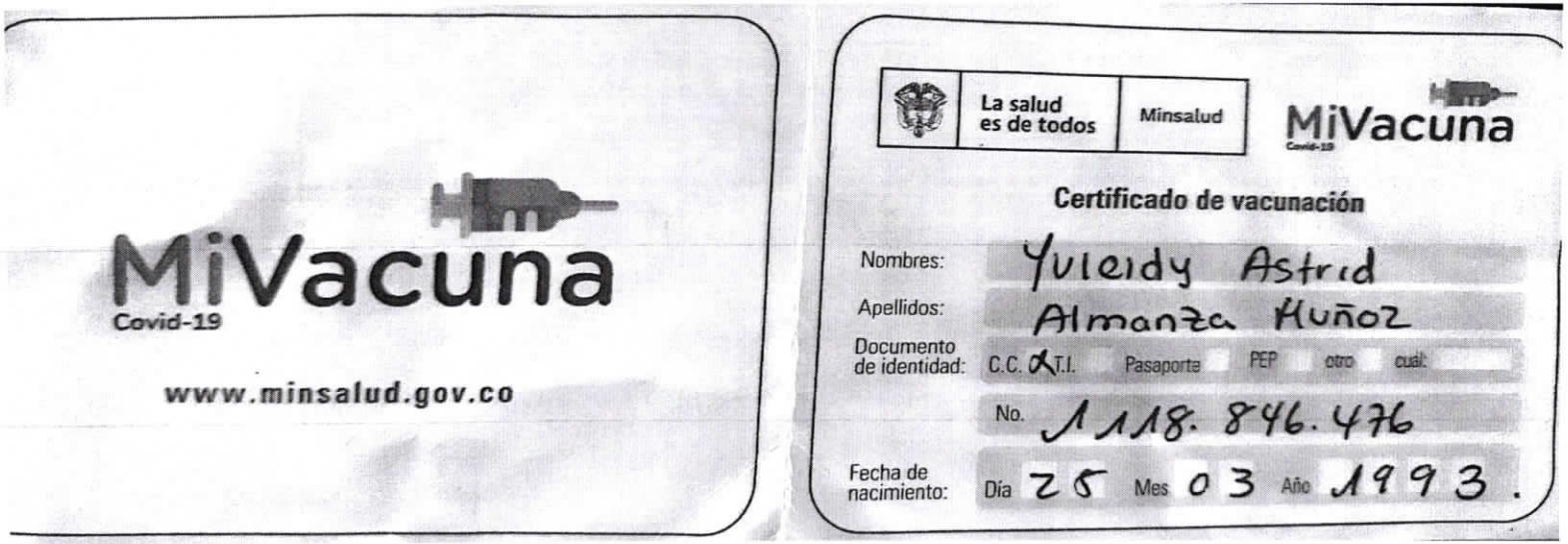
Se expide en Bogotá el 02/12/2023 07:07 AM

Código Verificación: **4KW5YS8ZAC**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



Escaneado con CamScanner

Este carné es obligatorio 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

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yuleidis
Apellidos: Almanza Moreno
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1118346476
Fecha de Nacimiento: Día 25 Mes 07 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	19-10-20	0179N195	JVRG
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	26/11/13	0241B100TB	Astrid
	2	27/04/13	0240B008B	Mani C.
	3	03/08/13	0241B008B	Astrid
	4	11/04/14	0241B10 EC	Mani C
	5	18/08/15	D2221	Mani C.
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		26/11/13	45412 Sanofi	Astrid
Contra Influenza		19-10-20	V5022V008	JVRG
Otras		HOSPITAL METROPOLITANO Gerencia Historia Materno Infantil		

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
BOOSTRIX	1			
VPH	1a			
	2a			
	3a			
POLIO	1			
ANTI-LEPTOSPIROSIS	1a			
	2a			
OTROS	3a			

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

Nombre	Yuleidy
Apellidos	Almanza M.
Identidad	
Concecutivo	7414

Calle 57 No. 46-65 Local 3 Ed. Balcones de Castilla
(al lado del Centro Inca) Tel.: 3601552 * Cel.: 301 7023835
300 4124700 * E-mail: jmglobalfarma@hotmail.com

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
INFLUENZA AGRIPPAL	1			
VARICELLA VACCINE GC. VC	1			
	2			
TRIPLE VIRAL MORUPAR	1			
M/GOCOCO	1a	05/07/13	M7049	
	2a	19/08/14	0012361	
FIEBRE AMARILLA	1a			
FIEBRE T. FOIDEA	1			

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX-GENE	1a	05/07/13	0F12004	
	2a	27/04/14	0F12004	
	3a	03-01-15	0F12004	
TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-All)	1a			
		DOSIS	FECHA DE VACUNACIÓN	LOTE Nº	FIRMA
HEPATITIS A	1a				
	2a				
NEUMOCOCO	1				
OTRAS					

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

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yuleidis
Apellidos: Almanza Munoz
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1118846476
Fecha de Nacimiento: Día 25 Mes 07 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	19-10-20 01 7 9 N 19 5	JNJ	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	FEB 21/13	024B100AB	Astrid
	2	23/04/13	024B100BB	Mariá
	3	03/08/13	30248100BB	Astrid
	4	11/08/14	024L101BC	Mariá
	5	18/08/15	D2221	Mariá
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		FEB 21/13	#5412	Astrid
Contra Influenza		19-10-20	U5022V00BJNJ	
Otras		HOSPITAL METROPOLITANO Servicio Sistema Materoinfantil		

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
BOOSTRIX	1			
VPH	1a			
	2a			
	3a			
POLIO	1			
ANTI-LEPTOSPIROSIS	1a			
	2a			
OTROS	3a			

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

Nombre	Yuleidy
Apellidos	Almanza M.
Identidad	
Concecutivo	7414

Calle 57 No. 46-65 Local 3 Ed. Balcones de Castilla
(al lado del Centro Inca) Tel.: 3601552 * Cel.: 301 7023835
300 4124700 * E-mail: jmglobalfarma@hotmail.com

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
INFLUENZA AGRIPPAL	1			
VARICELLA VACCINE GC. VC	1			
	2			
TRIPLE VIRAL MORUPAR	1			
MGOCOCO	1a	05/07/13	U5022V00BJNJ	
	2a	19/04/14	U5022V00BJNJ	
FIEBRE AMARILLA	1a			
FIEBRE T. FOIDEA	1			

	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
HEPATITIS B HEPAVAX-GENE	1a	05/07/13	UF1204	
	2a	19/04/14	U5022V00BJNJ	
	3a	03-01-14	U5022V00BJNJ	
TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-Ad)*	1a			
HEPATITIS A	1a			
	2a			
NEUMOCOCO	1			
OTRAS				

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-09-06 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 [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Diciembre / 4 de 2023

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 4 de Diciembre 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.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos																Sexo			
YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ																M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		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 CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			0	0	8	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
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 mensules	$ 2.600.000
Otros Ingresos Mensules	$ 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 efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



Yuleidy Almanza M.

5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento