HUJMB Julio Mendez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJGTDF VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** YULIAN DANIA DE LA HOZ C. Identificado con Cédula No. 1082.912.859 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: YULIAN DE LA HOZ

	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 Titulo **(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/	✓	





FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1990

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S./RH | F SEXO

26-MAR-2008 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



0055401222A 1

SIJI

Ingrese numero de identificación

Pantalla Principal

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082912039**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082912039	DE LA HOZ	CARO	YURLIN	PATRICIA	2022-03-05, 1:49 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082912039	DE LA HOZ	CARO	YURLIN	PATRICIA	2022-12-13, 9:08 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082912039	DE LA HOZ	CARO	YURLIN	PATRICIA	2023-08-25, 11:01 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) **YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO** identificado con C.C No. **1.082.912.039** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA)** , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados enla 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 01 del mes de Diciembre de 2023.

Firma YURLIN DE LA HOZ CARO
Nombre YURLIN DE LA HOZ CARO
Cédula 1.082.912.039

COPIA CONTROLADA

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	YURLIN PATRICIA
Apellidos	DE LA HOZ CARO
Fecha de Nacimiento	28/02/1990 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082912039
Dirección	CALLE 39 # 16-09
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	yurlindelahoz15@gmail.com
Teléfono	
Celular	3046450760
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Datos del usuario guardados

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	marcos jimenez
SMS para recuperar la contraseña	3046450760

Editar

Santa marta 01 de diciembre 2023

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECNECHE

Cordial saludo,

Por medio de la presente yo **YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO** identificada con cc **1.082.912.039** santa marta (magdalena) como consta en mi hoja ofrezco mis servicios como auxiliar de laboratorio clínico, en el ESE hospital julio Méndez Barreneche.

Atentamente,

YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO
CC 1.082.912.039
Direccion: calle 39 # 16-09
Correo: yurlindelahos15@gmail.com
Teléfono:3046450760

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 1496611730 1

(415)7707212489984(8020) 000001496611730 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 8 2 9 1 2 0 3 9 | 6. DV 1 | 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 14. Buzón electrónico

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 0 8 2 9 1 2 0 3 9	2 0 0 8 0 3 2 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LA HOZ	CARO	YURLIN	PATRICIA

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: CL 39 76 09 BRR MARIA EUGENIA

42. Correo electrónico: yurlindelahoz15@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 0 4 6 4 5 0 7 6 0 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

54. Retención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código 1

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha 2023-12-05 09:38:25

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

YURLIN DE LA HOZ

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUEPHO HURTADO GUEILY MARIA

985. Cargo Analista IV

Fecha generación documento PDF: 05-12-2023 09:38

Powered by CamScanner

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
de la Hoz	Caro	Yurlin Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1082912039	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 28 MES 02 AÑO 1990	CALLE 39 16 09 casa Maria Eugenia			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	yurlindelahoz15@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X			10	2011	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2013	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	2

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Rosa, 01- Dic 23

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital
Laura Vicuña
Santa Marta - Magdalena

Aprobada por la Secretaria de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según Resolución No. 1272 del 10 de Junio de 2008,
Confiere a:.

Yurlin Patricia De La Hoz Cano

Identificado(a) con C.C No. 1.082.912.039 Expedida en Santa Marta.

El título de

Bachiller Académico
Con Profundización en Ciencias

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - de la Institución.

Rectora

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaria de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. ... Folio No. ... Diploma No. ...

Dado en Santa Marta, a los ... días del mes de ... del año ...

PHOTO POSTER 421-4908

Institución Educativa Distrital "Laura Vicuña"

Aprobada por La Secretaria de Educación del Distrito Turistico Cultural e Histórico de Santa Marta
según Resolución No. 1272 del 10 de Junio de 2008

Reg. DANE No. 14700100307 Código ICFES J.M. No 01049-6 Código ICFES J.T No 07728-9
Santa Marta D.T.C.H del Magdalena

Acta de Grado

En la ciudad de Santa Marta a los cinco (5) dias del mes de diciembre del año dos mil ocho 2008, se reunieron las suscritas Rectora, y Secretaria General de La Institución Educativa Distrital Laura Vicuña de Santa Marta con el ùnico fin de formalizar la graduaciòn de las alumnas del ùltimo grado de Educaciòn Media que alcanzaron los logros previstos para otorgar el titulo de Bachiller Acadèmico con Profundizaciòn en Ciencias, segun resoluciòn No 1272 del 10 de Junio de 2008 emanada de la Secretaria de Educaciòn Distrital

Comprobada la situacion legal y acadèmica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media , se procediò a otorgar el titulo de Bachiller Académico con profundización en Ciencias, a la graduanda cuyo nùmero de orden,nombres, apellidos, y nùmero de documento de identificaciòn se relacionan a continuaciòn.

De la Voz Caro Yurlin Patricia

C.C 1.082.912.039 de Santa Marta

Es fiel copia del acta original No 52 del libro No. 002 del folio No. 47 del dia 5 del mes 12 del año 2008 que consta de _____ estudiantes graduandas.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella en cumplimiento a lo ordenado en el articulo 7 del Decreto 180 de 1981, dada en Santa Marta el dia 05 del mes 12 del año 2008

PHOTO POSTER 4214908

REYES ISABEL CEBALLOS DIAZ
C.C 36.532.325 de Santa Marta

ARACELIS M. DE LA ROSA RUDAS
C.C 57 434.158 de Santa Marta

LA REPÚBLICA DE
COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA:

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA «SS»
"ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 407, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0046 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO

CEDULA DE CIUDADANIA No: 1082912039

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1666 horas.

Dado en Santa Marta a los 27 días del mes de Octubre de 2011

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 71 Registro 47 del Libro de Actas 0002

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena -SS-
Nit: 900258910-0

ACTA DE CERTIFICACION No. 011

En la ciudad de Santa Marta, a los veintisiete (27) días del mes de Octubre del año 2011 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso AUXILIAR EN ENFERMERÍA, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, institución con licencia de funcionamiento según resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010, y Registro de Programas según Resolución número 407 del 24 de Febrero de 2011, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 0048 del 21 de Enero de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Comprobada la situación legal y académica de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** al alumno cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación: **DE LA HOZ CARO YURLIN PATRICIA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1082912039.**

La anterior acta fue fechada el 27 de Octubre de 2011 e inicia con los apellidos y nombres de **ACOSTA SILVA TIBISAY ALEXANDRA** y culmina con los apellidos y nombres de **ZULUAGA MONTOYA KAREN PAOLA.**

Fue firmada por el Director **MANUEL DEL PRADO BRITO**, y la Secretaria General **MARTHA LÓPEZ GONZALEZ**

Se expide en Santa Marta D.T.C.H., a los veintisiete (27) días del mes de Octubre del año 2011.

Firmado y Sellado

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG NIT. 900.258.910-0

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG NIT. 900.258.910-0

MARTHA LOPEZ GONZALEZ
Secretaria General

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 774

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.912.039 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS otorgado por **LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA - SS - "ASMEMAG"**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificación No. 011 del día 27 de Octubre de 2011.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.912.039 expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 04 JUN 2012

Zandra Castañeda L.

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

RESPETO POR EL MAGDALENA

el

762

ReTHUS | SISPRO - Aplicativos Misionales

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

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

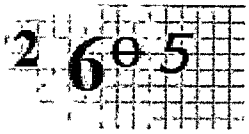
Número de Identificación *

1082912039

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2632

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-12-04→3:13:28 PM -2023-12-04→3:14:47 PM -2023-12-04→3:15:40 PM -2023-12-04→3:17:03 PM -2023-12-04→3:19:16 PM -2023-12-04→3:20:55 PM -2023-12-04→3:23:17 PM -2023-12-04→3:24:36 PM -2023-12-04→3:26:34 PM -2023-12-04→3:27:46 PM -2023-12-04→3:29:15 PM -2023-12-04→3:30:17 PM -2023-12-04→3:31:52 PM -2023-12-04→3:33:48 PM -2023-12-04→3:35:59 PM -2023-12-04→3:37:43 PM -2023-12-04→3:38:56 PM -2023-12-04→3:40:19 PM -2023-12-04→3:42:28 PM -2023-12-04→3:44:26 PM -2023-12-04→3:45:34 PM -2023-12-04→3:46:29 PM -2023-12-04→3:48:14 PM -2023-12-04→3:53:06 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1082912039	YURLIN	PATRICIA	DE LA HOZ	CARO	Vigente	V

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) YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO identificado(a) con CC 1082912039 registra La siguiente información:

2023-12-04→3:53:06 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

		Administrativo			
AUX	**Local**	**Auxiliar en enfermería**	**2012-06-04**	**774**	**SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

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).

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

***NIT:* 900223619-0**

Reg. EN02297616-2020

CERTIFICA QUE:

YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO

C.C. N° 1082912039

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 3100 - 25 NOVIEMBRE DEL 2019. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA ATLANTICO, EL DIA 14 DE DICIEMBRE 2020.

CARLOS A. RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
COORD. CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Yurlin Patricia De La Hoz Caro

CC 1082912039 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Yurlin Patricia De La Hoz Caro

CC 1082912039 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

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

Fecha de emisión: 2023-10-29
Fecha de vencimiento: 2025-10-29

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Yurlin Patricia De La Hoz Caro

CC 1082912039 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-10-31
Fecha de vencimiento: 2025-10-31

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 04/12/23 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
Nombres y Apellidos: Yurlin Patricia de la hoz caro
Cedula Ciudadanía: 1082912039
Sexo: F
Edad:33 Años
Labor a Desempeñar: Auxiliar de Enfermería
Celular: 3046450760
Correo Electrónica: yurlindelahoz15@gmail.com

Examen Medico Ocupacional con Entasis en Osteomuscular: Normal
Valoración y Estimación Visual y Auditiva en Rango Normalidad

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico, se procede a verificación de datos. Por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal como visor de protección facial, monogafas, traje anti fluido tipo overol y guantes para la atención de pacientes según clasificación en Bioseguridad. Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones y/o restricciones:

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- USO DE EPP
- CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA.

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

La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO

SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE
Medico ESP SG-SST
R.M 0556 S.S.M
Lic. S.O. 1301 S.S.M

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S
NIT: 901127782-6
Lic. Salud ocupacional 0460

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		4700101639O1-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito:SANTA MARTA	Municipio	Distrito:SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 . Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0343086***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección:AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Telefono(s):4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico:saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:140603158

Versión 3.0.

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
Premio Nacional de Alta Gerencia

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO "FERNANDO TROCONIS"

CERTIFICA

Que la señora, **YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO,** identificada con cedula de Ciudadanía No **1.082.912.039,** fue contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis prestando sus servicios como Auxiliar de Enfermería, en virtud de las siguientes órdenes de Prestación de Servicios:

1-No **851** de fecha 09 de Septiembre de 2013 con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2013 y por un valor de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($ 4.600.000.00).

2-No **438** de fecha 24 de Enero de 2014 con un plazo de ejecución contado a partir del 24 de Enero al 30 de Junio de 2014 y por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($ 6.900.000.00).

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, a los Nueve (09) días del mes de Enero de 2015.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

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 1082912039 **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 01/12/2023 02:42 PM

Código Verificación: **K3NMQJZT6P**

Válida hasta: **29/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Nombres: Martin Felipe

Apellidos: Mejia Lopez Cano

Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 1.032.912.035

Fecha de Nacimiento: Día: 28 Mes: 02 Año: 1990

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola Papera	Única	25-10-10	2A87A	Roxana
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	4-11-2001	EU4030D	Roxana
	2	4-11-2006	EU4132A	Roxana
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	26-7-2010	UVA08036	Roxana
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	29-7-2009	0137541	10 años	Roxana
Contra Influenza				
Otras				

CamScanner

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

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	OTRO	Fecha de publicación	2023-08-25 12:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YURLIN	PATRICIA	DE LA HOZ	CARO

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA | Número: 1082912039

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA | Departamento: MAGDALENA | Municipio: SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA | Departamento: MAGDALENA | Municipio: SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona que presten función pública o servicios públicos o que administren, ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede: COLOMBIA | Departamento: MAGDALENA | Municipio: SANTA MARTA

País

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	$1.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

3.2. 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 ☒

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: SíNo [ ] [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

SíNo ánimo o [ ] [X]

sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

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:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1082912039
Nombres:	YURLIN PATRICIA
Apellidos:	DE LA HOZ CARO
No. de Carnet:	980F19B0ADBC6152E053020213ACC703
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2017-07-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el viernes, 01 de diciembre de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el lunes, 01 de enero de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

porvenir
sólo hay uno

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:

YURLIN PATRICIA DE LA HOZ CARO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.912.039**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 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.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos														Sexo		
Yurlin Patricia De la Hoz Coro														M	F	X

Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082912039	Santa Marta	26/03/2008

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			

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
28	08	1990	Santa marta	Calle 39 # 16-09 Maria Eugenia	Santa marta	Magdalena

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
yurlindelahoz15@gmail.com	3046950760	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Auxiliar de 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
HUJMB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	Auxiliar de enfermera

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	Santa marta	Alcazares	4366262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	1.800.000	Total Egresos mensules	1.800.000
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	1.500.000	Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes / Año	Es declarante?	SI / NO X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declara si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1 Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas 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 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 pro ...ión 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 c ...municación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me

5. FIRMA Y HUELLA

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

Yurlin De la Hoz

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento