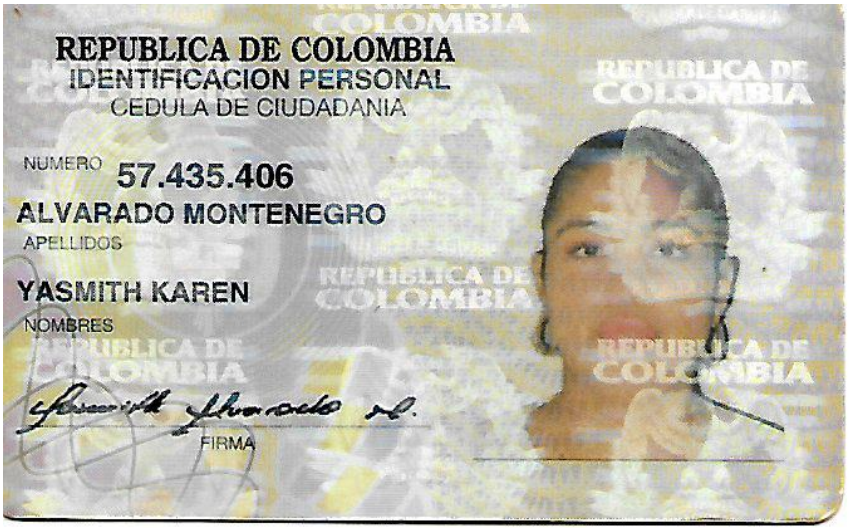
En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO Identificado con Cédula No. 57435406 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en 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 | | |
| 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/ | | |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 57.435.406

ALVARADO MONTENEGRO
APELLIDOS

YASMITH KAREN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1970

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

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

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

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

Resultados encontrados:

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

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

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) YASMITH ALVARADO MONTENEGRO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57435406 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 25 del mes de marzo 2024.

Firma _____
Nombre YASMITH ALVARADO MONTENEGRO
Cédula 57435406

COPIA CONTROLADA

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

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | Mujer |
| **Cargo** | auxiliar de Enfermeria |
| **Título** | |
| **Nombre** | Yasmith Karen |
| **Apellidos** | Alvarado Montenegro |
| **Fecha de Nacimiento** | 8/02/1970 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nombre y apellido** | Yasmith Karen Alvarado Montenegro |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 57435406 |
| **Dirección** | |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 3 |
| **Ubicación** | Santa Marta |
| **País** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | ykalvaradom@gmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3013797345 |
| **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) |

## Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | nietas |
| **Respuesta** | cantidad |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3013797345 |

Editar

Santa Marta

Doctor:
**GERMAN VARGAS**
**Gerente**
Hospital Julio Mendez Barreneche

**REFERENCIA**: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

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

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



Atentamente,
YASMITH KAREN ALVARADO,
**C.C 57437406**
**Direccion kra 14# 17-126**
**cundy**
**Telefono 3013797345**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14795232365

(415)7707212485984(8020) 000001479523236 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 7 4 3 5 4 0 6 | 1 | 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 iliquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 7 4 3 5 4 0 6 | 1 9 9 1 0 1 1 4 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| ALVARADO | MONTENEGRO | YASMITH | KAREN |

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
CR 14 17 126 BRR CUNDI

42. Correo electrónico ykalvaradom@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 3 7 9 7 3 4 5 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 6 9 2 | 2 0 0 6 0 1 3 0 | | | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| 5 1 3 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 | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA

## Obligados aduaneros

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

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 11 - 08 / 20 : 17: 24

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ALVARADO MONTENEGRO YASMITH KAREN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Alvarado | Montenegro | Yasmith Karen |

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

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 02 AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14 - 17 126 CASA cundi

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4353817 EMAIL ykalvaradom@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

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

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 3 | X | | | 03 | 1998 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

**3 EXPERIENCIA LABORAL**

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

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

**4** **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

**5** **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 17 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 6 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 23 | 10 |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* SANTA MARTA

YASMATH KAREN ALVARADO

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

La República de Colombia y en su nombre

# Externado Nacional de Bachillerato "Hugo J. Bermúdez"

JORNADA NOCHE

SANTA MARTA

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional.

Resolución No. 15105 de 9 de Octubre de 1984

Confiere a:

## *Yasmith Karen Alvarado Montenegro*

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

El título de

# Bachiller Académico

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

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

Rector

Secretario

Dado en Santa Marta a 4 de Diciembre de 1990.

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

Secretaría de Educación

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

República de Colombia
Departamento del Magdalena

# El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

## El Centro de Educación en salud del Magdalena "Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

# YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO

Titular de la C. C. Nº 57.435.406 Expedida en Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios. Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

# AUXILIAR DE ENFERMERIA

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Director de C E S M A G

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaría Académica

Santa Marta, 13 MAR 1998

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 0547 DE 19__

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO identificada con la Cédula de Ciudadanía No 57.435.406 expedida en Santa Marta ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 13 de marzo de 1998.

RESUELVE

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 18 MAR. 1998

Original Firmado Por:
Antonio Lincro Manjarrés

ANTONIO LINERO MANJARRES
Director Servicio Seccional
de Salud del Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefa Sección Control
Medicamentos Alimentos
Y Toxicología

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



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

REGISTRO No. 1000

NOMBRE: YASMIN ALVARADO MONTENEGRO

C.C. No. 57.435.406

EXPEDIDA EN: Santa Marta

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

RES. No. 0547-III-18-1998

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

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

21 ENE. 1999

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

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 *

57435406

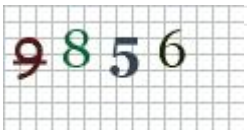
Primer Nombre

yasmith

Primer Apellido

alvarado

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1854

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

**Resultado General -2024-03-25→9:27:39 PM**

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

**2024-03-25→9:27:39 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 1993-03-18 | 547 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando**

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*

# *Yasmith Karen Alvarado Montenegro*

## *CC 57435406 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-16
Fecha de vencimiento: 2024-12-16

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

# *Certifica*

# *Yasmith Karen Alvarado montenegro*

## *CC 57435406 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2023-09-05
Fecha de vencimiento: 2025-09-05

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

# *Certifica*

# *Yasmith Karen Alvarado montenegro*

## *CC 57435406 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-11
Fecha de vencimiento: 2025-09-11

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

## YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO

**C.C. 57.435.406**

Por haber asistido y aprobado el curso:

**HAZMAT MEDICO**

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

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

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

Javier Alfaro Roa
**DIRECTOR ACESS SANTA MARTA**

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

Powered by CamScanner

MAR CARIBE

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

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

## CERTIFICA:

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

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

Atentamente,

**DIANA PATIN AVILA**
Jefe De Recursos Humanos

Elaborado por
Valeria Gómez Hernández
Aprendiz de Recursos Humanos

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

**CERTIFICA**

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

VIGILADO Supersalud

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS: No. 2203**

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

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

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

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

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

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

# SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.

**LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM**

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA
## TELECONSULTA

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 24/12/2022 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO
CC: 57.435.406 Sexo: F Edad: 50 AÑOS
Labor a Desempeñar: Auxiliar De Enfermería

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

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

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR**

***Recomendaciones y/o restricciones:***

- PAUSAS ACTIVAS
- USO EPP
- *CONTINUAR CONTROLES MEDICOS PERTINENTES*
- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA LLEGAR AL PESO IDEAL
- CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMAS DE OMS, ACIN Y MINSALUD PARA PANDEMIA COVID – 19

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes
**No se realiza prueba de COVID 19(ni sanguínea, ni molecular, test rapido)**

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM: 0580-S.M - LIC 11030
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

**SANTANDER MARQUEZ**
**Medico Laboral**
**Lic. SO1301 SSM**

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

# 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 57435406 **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 25/03/2024 09:43 PM

Código Verificación: **KJD5SXUWPV**

Válida hasta: **24/06/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

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

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

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

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

OBSERVACIONES:

SO10473 ABR-2021

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

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

Lot.
Exp.

VENCIDO SUPER

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

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




EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
ENTRAR EN ZONAS DE RIESGO


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

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES YRENTAS 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: 2023-06-20 10:07

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| YASMITH | KAREN | ALVARADO | MONTENEGRO |

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA  Número: 57435406

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA  Departamento: MAGDALENA  Municipio: SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA  Departamento: MAGDALENA  Municipio: SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ uotra donde trabaje: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País: COLOMBIA  Departamento: MAGDALENA  Municipio: SANTA MARTA

Dirección

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestacióndel 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 | $21.600.000 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $,00 |
| Gastos de representación | $,00 |
| Arriendos | $00 |
| Honorarios | $00 |
| Otros ingresos y rentas | $00 |
| TOTAL | $21.600.000 |

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 X [No]

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA  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:

| |
|---|
| |

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YASMITH KAREN ALVARADO MONTENEGRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57435406,** se encuentra afiliado/a desde **26/08/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de marzo de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE:

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

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

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 25 de marzo del 2024. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

## Observaciones:

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

Cordialmente,



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

| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.A. | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

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

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

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

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

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

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

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

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | x | Hogar | | Jubilado | | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| | |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Clinica Mar Caribe Colsalud S.A. | Publica | | Privada | x | Mixta | | Otra, cual? | Auxiliar de Enfermeria |

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

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | 2200000 | Total Egresos mensules | 2 000 000 |
| Otros Ingresos Mensules | 0 | Otros Egresos Mensuales | |
| Total Activos | 2200000 | Total Pasivos | 2 000 000 |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrad | | Es declarante? | SI , NO X |

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

NO

**Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?**

NO

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

NO

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades 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 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.



## 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**