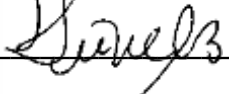


En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN, Identificado con Cédula No. 22.562.828 y Profesión MEDICO GENERAL AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de Responsable 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 Título (Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
19	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - Médicos Generales y Especialistas del área de UCI y Hospitalización.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la GESTIÓN DEL DUELO (Personal asistencial del área de Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el CUIDADO DEL DONANTE (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial).		
28	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (Vigencia no superior a TRES (03) años)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ previo registro en el sitio web.		
32	Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial)		
33	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS – Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – Mes Actual)		
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.562.828**

SANGREGORIO BELTRAN

APELLIDOS

YESSICA MARIA

NOMBRES

Yessica Maria Sangregorio B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-1981**

EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

13-MAY-1999 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2100100-00256634-F-0022562828-20100921

0024024230A 1

4700899834

 **SIJI**

 Pantalla Principal

 Persona Natural

 Persona Jurídica



Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **22562828**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	22562828	SANGREGORIO	BELTRAN	YESSICA	MARIA	2022-08-17, 10:00 am



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 01
FECHA DE ULTIMA
REVISION: 02/06/2023
PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) **YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN** identificado con C.C. No. 22.562.828 expedida en Barranquilla, 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 15 del mes de Marzo de 2024.

Firma 

Nombre **YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN**

Cédula 22.562.828

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

	Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
	Áreas de interés
	Configuración Entidad Estatal / Proveedor
	Administración de usuarios
	Recomendaciones (no disponible)
	Biblioteca de documentos
	Suscripción a notificaciones

[Editar datos resumen](#)[Editar datos completos](#)

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Yessica María Sangregorio Beltrán
Nombre abreviado	Yessica María Sangregorio Beltrán
Fecha de creación	25/07/2022 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	22562828
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	CRA 43 # 37 - 29 CONJUNTO RESIDENCIAL CIUDAD CAMPESTRE EL NOGAL CASA D7
País	COLOMBIA
Ciudad	Magdalena
Municipio	Santa Marta
Código postal	
Teléfono de oficina	3156985999
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	jema630@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	jema630@gmail.com

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

Página web

Página web
Facebook
URL linkedin
URL de youtube
Twitter URL

Contacto principal

Título	
Nombre	Yessica Maria Sangregorio Beltrán
Cargo	

Teléfono

Móvil 3156985999

Fax

Correo electrónico jema630@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados			

Santa Marta, Marzo 2024

Doctor

GERENTE

Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo.

Por medio del presente documento me permito ofrecer a el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, mis servicios como **MEDICO GENERAL** que serán prestados en dichas instalaciones, para efecto me acogeré a los horarios establecidos por la entidad como también al manual de funciones.

Atentamente,



YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN

C.C. 22.562.828

Cel: 3156985999

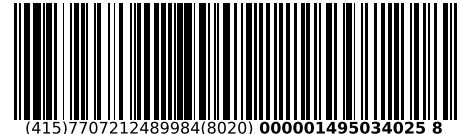
Dirección: CONJUNTO RESIDENCIAL CIUDAD CAMPESTRE EL NOGAL CASA D7

Email: jema630@gmail.com

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14950340258



(415)7707212489984(8020) 000001495034025 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 2 5 6 2 8 2 8

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

2 2 5 6 2 8 2 8

27. Fecha expedición

1 9 9 9, 0 5, 1 3

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

SANGREGORIO

32. Segundo apellido

BELTRAN

33. Primer nombre

YESSICA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CR 43 37 29 CON CIUDAD CAMPESTRE EL NOGAL

42. Correo electrónico

jema630@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 6 9 8 5 9 9 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 3, 1 4

Actividad secundaria

48. Código

8 6 2 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 3, 1 4

Otras actividades

50. Código

1

2

1 3 9 1, 4 7 7 1

Ocupación

51. Código

2 2 2 1

52. Número establecimientos

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																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

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

2023 - 09 - 25 / 08 : 01: 49

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 SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Sangregorio	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Beltrán	NOMBRES Yessica Maria
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 22562828	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 08 MES 02 AÑO 1981 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO EL BANCO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 43 37 29 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL jema630@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1996	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2004	47-1746-05

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD MEDICALL TALENTO HUMA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.				MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7425770				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	25	Mes	11	Año	2019	Día	20	Mes	02	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECCION				DEPENDENCIA AREA CONSULTA EXTERNA				DIRECCIÓN CALLE 4G 66A 08							

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	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	2

FORMATO ÚNICO

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 ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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, MARZO 2024



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

Institución Educativa Departamental Santa Teresa de Jesús
El Banco, Magdalena



ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de El Banco, Magdalena, a los 7 días del mes de Diciembre de 1.996, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritos Rectora y Secretaria de la Institución Educativa Departamental Santa Teresa de Jesús, aprobado hasta **UNDÉCIMO GRADO** en el nivel de Educación **MEDIA ACADEMICO**. Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**, según Resolución No.- 283 de Noviembre 20 de 1.995 Comprobada la situación legal y Académica de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de **EDUCACION MEDIA ACADEMICO**, se procede a otorgar el **TITULO DE:**

BACHILLER ACADEMICO

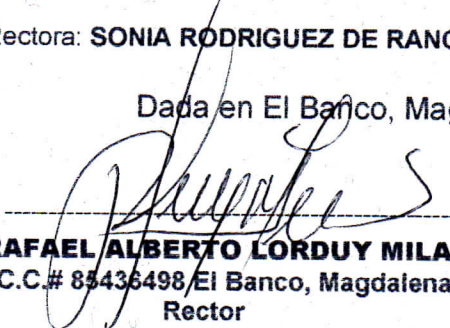
Al Graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

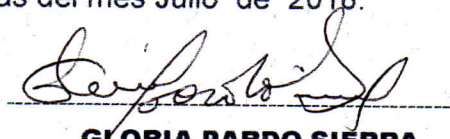
YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRAN
C.C. 22.562.828 de Barranquilla.

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No.12 de fecha 7 de Diciembre de 1.996 que consta de 68 alumnos, que comienza y termina respectivamente con el nombre de: YELIS MARIA ACONCHA CASTRO Y VICKI ANGELICA VILLARREAL MORA.

Rectora: **SONIA RODRIGUEZ DE RANGEL** Secretaria: **JULIA BASTIDAS CANEDO**.

Dada en El Banco, Magdalena, a los 17 días del mes Julio de 2018.


RAFAEL ALBERTO LORDUY MILANES
C.C.# 85436498/El Banco, Magdalena.
Rector


GLORIA PARDO SIERRA
C.C.No.39.011.824 El Banco, Magd.
SECRETARIA



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio
Nacionalizado Santa Teresa de Jesús
de El Banco - Magdalena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución
No. 283 del 20 de Noviembre de 1.995

Confiere a :

Uésica Maria Sangregorio Beltrán

T.I. No. 810208 - 05250 de El Banco

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

Anotado al Folio No. 64 Libro de Registro de Diplomas No. 1

Acta de Otorgo No. 12 Fecha Diciembre 7 de 1.996

Rector

Secretaria

Dado en El Banco, a 7 de Diciembre de 1996

COLEGIO NACIONALIZADO
SANTA TERESA DE JESÚS
EL BANCO - MAGDALENA

Julia Patricia Linares
El Banco - Magdalena



UNIVERSIDAD METROPOLITANA CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado: Programa de MEDICINA

CODIGO: M-60-4210-04

Otorgada a YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN

C. C No. 22.562.828 de Barranquilla -Atl.

En Barranquilla a los 16 dias del mes de Julio de 2004 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Decano de División, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reúnen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico.

Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO:

YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN

C.C. No. 22.562.828 de Barranquilla -Atl.

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS, LE OTORGA EL TITULO DE:

MEDICO Y CIRUJANO

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

Tras de felicitar a los graduados se dio por clausurado el Acto de Grado, a los 16 dias del mes de Julio de 2004

EDUARDO ACOSTA BENDEK
Rector

JESÚS SÁEZ DE IBARRA
vice-Rector
FERNANDO VASQUEZ OJEDA
Director del Programa de
Medicina



EN EL NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL



LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDOS POR NUESTRO ALUMNO

YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN

C.C. No. 22. 562. 828 de Barranquilla

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

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

Como Notario Tercero Encargado
de este Círculo hago constar que
esta FOTOCOPIA coincide con su
original que he tenido a la vista.

19 JUL 2004

HENRY ALBERTO NÚÑEZ SUÁREZ
NOTARIO TERCERO ENCARGADO
SANTA FE DE BOGOTÁ

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 81 DEL LIBRO 26
NÚMERO DE REGISTRO M-2087

DADO EN BARRANQUILLA A LOS

16 DIAS DEL MES JULIO DEL AÑO 2004



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C2256282800173233

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN**, identificado(a) con C.C. No. 22562828 y T.P. o R.M. No. 1746/2005 del(a) Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el domingo 17 marzo 2024 a solicitud del(a) interesado(a).


ELIANA PATRICIA RAMIREZ CANO
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCIÓN No. 47 1746

"Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

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

CONSIDERANDO:

Que, **SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.562.828 expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado el registro de su TÍTULO de **MEDICO Y CIRUJANO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA**, de Barranquilla - Atlántico, según Acta de Grado No. M-60-4210-04 Folio 81 Libro 1/96 de fecha 16 de Julio de 2004.

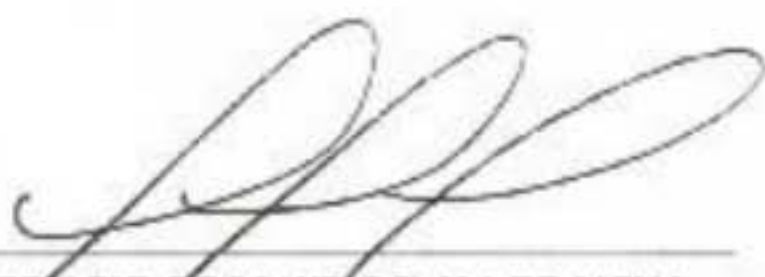
Que, cumplió con el Servicio Social Obligatorio como MEDICO, en la ESE HOSPITAL LOCAL ALGARROBO, Algarrobo - Magdalena, en el tiempo comprendido entre el 01 de Septiembre de 2004 al 31 de Agosto de 2005 plaza de Orden N° 72-M según el libro de Registro N° 0008 de fecha 02 de Enero de 1997.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA** para ejercer la profesión como **MEDICO Y CIRUJANO** en todo el territorio nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 112 DIC 2005


SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA


COORDINADOR

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 *
22562828

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8109

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-20--4:52:06 PM -2024-03-20--4:55:49 PM -2024-03-20--4:56:46 PM -2024-03-20--5:01:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	22562828	YESSICA	MARIA	SANGREGORIO	BELTRAN	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN identificado(a) con CC 22562828 registra La siguiente información:

2024-03-20--5:01:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2005-12-12	1746	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).

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)

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

DATOS DE ENVÍO

NOMBRE: YESSICA MARIA SANGREGORIO BRLTRAN
DIRECCIÓN:
CIUDAD: SANTA MARTA-MAGDALENA



Seguros Comerciales Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: YESSICA MARIA SANGREGORIO BRLTRAN
IDENTIFICACIÓN: CC 22562828
TELÉFONO: 4332538 3156985999
DIRECCIÓN:
CIUDAD: SANTA MARTA

OBSERVACIONES: Aumento De Valor Asegurado.Consec.
1465838.CERTIFICADO DE MODIFICACION

SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL
CERTIFICADO DE MODIFICACION

Póliza N°: 1510100033502
Certificado: 1 N° 002
Fecha de Expedición: 05/02/2024

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE 25/07/2023 <small>Día Mes Año</small> A las 00 Horas	HASTA 25/07/2024 <small>Día Mes Año</small> A las 24 Horas
VIGENCIA DEL CERTIFICADO	DESDE 01/02/2024 <small>Día Mes Año</small> A las 00 Horas	HASTA 25/07/2024 <small>Día Mes Año</small> A las 24 Horas

ASEGURADOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO ASEGURADO
YESSICA MARIA SANGREGORIO BRLTRAN	22562828	CC	ASEGURADO PRINCIPAL

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	TIPO	TIPO BENEFICIARIO
TERCEROS AFECTADOS			

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO	% DE PART
--------	----------	-----------

DATOS DE LA PÓLIZA

RC MEDICOS / ODONTOLOGOS	
Ciudad de Expedición	BARRANQUILLA
Localidad de Radicación	BARRANQUILLA FI
Dirección de predio asegurado	CRA 43 # 37 - 29

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO



AMPAROS

COBERTURA	LÍMITE COBERTURA	DEDUCIBLE	
		VALOR PORCENTUAL PÉRDIDA	VALOR MÍNIMO
222 PREDIOS LABOR.Y OPERACIO	400,000,000	10 %	3 SMMLV
240 MEDICOS Y ODONTOLOGOS	400,000,000	10 %	3 SMMLV
PRIMA TOTAL			\$41,650

Código de Clausulado que aplica: 01052004-1327-P-6-RC_023 Consulte este clausulado y la documentación necesaria para presentar una reclamación en la página www.segurosbolivar.com

(*) COP: Pesos Colombianos; USD: Dólares Americanos; SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente

MEDIOS DE PAGO

- Caja de la compañía

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

EN CASO DE SINIESTRO: Para el aviso de siniestro se dispone del correo electrónico: indemnizacionesseguros generales@segurosbolivar.com; o puede comunicarse con la RED 322 opción 1 opción 5, desde un celular al #322 o desde un fijo al 018000123322.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$35,000
IVA PRIMA:	\$6,650

TOTAL A PAGAR: **\$41,650**

PERIODICIDAD DE PAGO: ANUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA: **\$41,650**



NOTA IMPORTANTE

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

[Firma manuscrita]

Firma Representante Legal



ACTIVIDAD ECONÓMICA ASEGURADA

MEDICO GENERAL

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

Identificación:

OBJETO

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DANO EMERGENTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

PROFESION:

MEDICO GENERAL

MODALIDAD DE COBERTURA:

ESTA PÓLIZA OPERARÁ SEGÚN EL SISTEMA GENERAL DE OCURRENCIA EN EL ARTÍCULO 1131 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

AMPAROS ADICIONALES:	PORCENTAJE	
RC PROFESIONAL	\$ 400.000.000	100%
DEDUCIBLE	10% MINIMO 3 SMMLV.	
GASTOS DE DEFENSA	\$ 200.000.000	50%
DEDUCIBLE	10% MINIMO 2 SMMLV.	



DAÑO MORAL	\$ 400.000.000	100%
DEDUCIBLE	10% MINIMO 3 SMMLV.	
LUCRO CESANTE	\$ 400.000.000	100%
DEDUCIBLE	10% MINIMO 3 SMMLV.	

"SI AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, EL MEDICO ASEGURADO NO CUENTA CON LA TARJETA PROFESIONAL, PERMISOS DE TRABAJO O CUALQUIER OTRO REQUISITO QUE LAS ENTIDADES ENCARGADAS DE REGULAR SU ACTIVIDAD EN COLOMBIA EXIJAN PARA DESEMPEÑAR SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE FORMA LEGAL, EL PRESENTE SEGURO NO OTORGARA NINGUNA COBERTURA SOBRE DICHO EVENTO. "



RECIBO DE PAGO DE SU SEGURO

Póliza N°: 1510100033502

Certificado: 1 N°: 002

Fecha de Expedición: 12/07/2023

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR



Seguros Comerciales Bolívar S.A.

Copia CLIENTE

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Comerciales Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0629789917605002.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$35,000
IVA PRIMA:	\$6,650
TOTAL A PAGAR	\$41,650

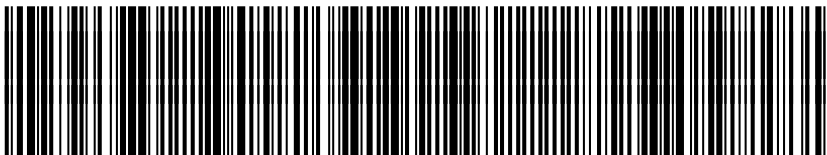
NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

Firma Representante Legal

Página 1 de 1

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

TOTAL A PAGAR	\$41,650
PARA PAGO EN BANCOS	



(415)7709998010260(8020)0629789917605002(3900)000000041650(96)20240321

NOTA: COMPROBANTE VÁLIDO CON SELLO DEL CAJERO

REFERENCIA 0629789917605002

Póliza N°: 1510100033502

Valor efectivo:

Banco:

Cheque N°:

Valor cheque:

Copia BANCO

Realice el pago en bancos a través de los convenios:

Davivienda:1044189

Bancolombia:64912

Banco de Occidente:18659

Grupo Éxito:4382



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

por haber asistido y aprobado el curso:

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

Realizado del 5 al 7 de Diciembre de 2022.

con una intensidad académica de 40 horas.

El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019, y lo exigido en
la Ley 1146 del 2007 y Res. 0459

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACCESS

Regina Ortega Gual
PSICOLOGA

Alfredo Bolívar Tavera
MÉDICO PERITO



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP) BAJO LINEAMIENTOS AHA-SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado **del día 2 al 4 de Diciembre de 2022.**

con una intensidad académica de **48 horas.**

El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**

Organismo que establece los parámetros y manejos de la reanimación.

Válido por dos (2) años, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.

Aprobado resolución 3228 del 2017 Y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACCESS



Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

por haber asistido y aprobado el curso:
HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Cliente

Realizado en modalidad virtual, los días 12 y 13 de Marzo de 2022.

con una intensidad académica de 20 horas.

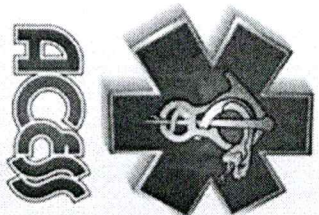
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.

Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACCESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMERÍA Y SALUD OCUPACIONAL

☎ 318 5954676 / 420 8583 ✉ info@access.com.co 🌐 www.access.com.co



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL**

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS
CURSO ONLINE

Realizado en modalidad virtual, del día 19 al 24 de Abril de 2022.
con una intensidad de 20 horas.

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACCES SANTA MARTA



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

YESSICA MARÍA SANGREGORIO BELTRÁN

C.C. 22.562.828

Por haber asistido y aprobado el curso:

HAZMAT
MEDICO

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

Realizado en modalidad virtual del **25 al 26 de Junio del 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 ACCESS SANTA MARTA

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

85

**Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso**

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 14/Jul/2022, **Hora:** 11:07:33 a.m.

Apellido: Sangregorio Beltran

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Medico

Direccion: Crr 43 No 37 29 Mamatoco

Telefono: Celular: 3156985999 **Email:** Estado Civil: Union Libre

Ciudad: :: No Aplica ::

Peso: 96 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 35.2 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir

EPS: Saludtotal **ARL:** Sin Definir **AFP:** Porvenir

HC: # 72088

Edad: 41 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 08/Feb/1981

Rh: O+

Exámenes Realizados

Examen Con Enfoque Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural

Ejercicio Regular

Induccion Al Sitio De Trabajo

Pausas Activas

Estilo De Vida Saludable

Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña

Uso De Tapabocas Permanente

Cumplir Con Las Normas De Bioseguridad

Observaciones

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

Centro de Salud Ocupacional
Medicina del Trabajo y
Salud Ocupacional
Mamatoco - C.R.



Yessica Maria Sangregorio Beltran
CC 22562828

H
D

85



NIT 900.682.543-8

**EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO
S.A.S**

CERTIFICA:

Que **SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA**, identificado (a) con C.C. número **22562828**, laboro en Medicall Talento Humano S.A.S, mediante un contrato de trabajo a termino **Obra o Labor** desde el **25 DE NOVIEMBRE DE 2019** hasta el **20 DE FEBRERO DE 2020** desempeñando el cargo de **MEDICO UAB SUPERNUMERARIO**.

En constancia de lo anterior se expide en Bogotá D.C. **4 DE MARZO DE 2020** a solicitud del interesado (a).

**HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL MEDICALL TH**

La presente certificación debe tener sello seco.

**Calle 4 G No.66 A - 08 Tel. 7425770 - 4200784 – 2621705 EXT.135,167
Bogotá, D.C**

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 22562828 **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 17/03/2024 03:54 PM



Código Verificación: **GWY7CLSUMD**

Válida hasta: **15/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

PACIENTE: SANGREGORIO BELTRAN YESICA MARIA
INGRESO: 2018-07-13 10:32
MEDICO: PARTICULAR
HISTORIA: 22562828
EMPRESA: PARTICULAR (STA MARTA)

Orden No.: 7137067
EDAD: 30 Años
SEXO: Femenino
TEL: 4236126-3156985999
SEDE: SANTA MARTA

Fecha Hora Impresión: 2020-11-04 21:17

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------------------

INMUNOLOGIA

ANTI HBS

46.42

mUI/ml

NEGATIVO: MENOR DE 10.0
POSITIVO: MAYOR O IGUAL A 10

Bacteriologo Responsable:


RP 3138

NOMBRE: Jessica Maria Sangregorio Beltran

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 22562828

[illegible]

[illegible]



Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2023-12-10 19:41

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

YESSICA

MARIA

SANGREGORIO

BELTRAN

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

22562828

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

EL BANCO

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

MAGDALENA

Municipio

SANTA MARTA

Dirección

["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple

CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$20.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$20.000.000,00

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	\$24.659.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	\$65.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO BANCARIO	\$20.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
RAFAEL	JOSE	PEREZ	RADA

Tipo documento Número

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

--

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí ☐ No ☒

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



STAMARTA, Marzo 17 de 2024

Señora:
SANGREGORIO BELTRAN YESSICA MARIA
CC. 22562828
CR 43 NUM 37 29 CNJ CIUDAD CAMPESTRE CA D7. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 24 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PEREZ RADA RAFAEL JOSE	19592647	C	Nov-24-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PEREZ SANGREGORIO JUAN DIEGO	1043304519	T	Nov-24-2019	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PEREZ SANGREGORIO RAFAEL JOSE	1082987130	T	Nov-24-2019	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN	22562828	Trabajador Independiente	CERRADO
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	22562828	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	22562828	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	22562828	Dependiente	CERRADO
YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN	22562828	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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

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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.562.828**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Marzo del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos YESSICA MARIA SANGREGORIO BELTRAN										Sexo		
										☐ M	☐ F	☒ X
Tipo de Documento				Número				Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	☒ X	C.E.	☐	T.I.	☐	R.C.	☐	PP	☐	22562828	BARRANQUILLA	13/05/1999
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda		
☐ Soltero	☐ Casado	☐ Divorciado	☐ U. libre	☐ Viudo	☐ Primaria	☐ Bachiller	☐ Técnico	☐ Universidad	☐	☐ Propia	☐ Arrendada	
			☒ X					☒ X		☒ X	☐	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento		
8	2	1981	EL BANCO, MAGDALENA	CRA 43 N° 37 - 29				SANTA MARTA		MAGDALENA		
Correo Electrónico										No. Celular		Teléfono
gema630@gmail.com										315698999		
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIU		
☐ Estudiante	☐	☐ Independiente	☐	☐ Empleado	☐	☐ Hogar	☐	☐ Jubilado	☐	8	6	2
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU		
										ACTIVIDAD PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION		

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				
		☐ Publica	☐	☐ Privada	☐	☐ Mixta	☐	☐ Otra, cual?		
Dirección de empresa o negocio						Ciudad		Barrio		No. Teléfono
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								☐ SI	☐	☐ NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$5.000.000		Total Egresos mensuales \$4.500.000	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos \$80.000.000		Total Pasivos \$22.000.000	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Es declarante?	
Mes: 12	Año: 2023	☐ SI	☒ 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: DE MI ACTIVIDAD LABORAL COMO MEDICO GENERAL			

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: DE MI ACTIVIDAD LABORAL COMO MEDICO GENERAL 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 efectúare 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 mercado, 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 Méndez Barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los

	
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	