



En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Yonaris Jimenez, Identificado con Cédula No. 57464771 y Profesión. Servicio general AUTORIZO que la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: Yonaris Jimenez
57464771

LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO - OPS, EBS Y PIC ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:		SI	N/A
1	Cedula de Ciudadanía		
2	Lista de Chequeo Firmada		
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)		
4	Propuesta de Servicios		
5	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
6	RUT - Registro Único Tributario (Del año Vigente)		
7	Hoja de Vida — Función pública (Sigep) (ACERCARCE A RECURSOS HUMANOS PARA REGISTRO EN SIGEPIII)		
8	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
9	Curso de seguridad vial (Conductores)		
10	Licencia de conducción (Conductores)		
11	Curso Operador de Vehículo de Emergencias OVEM (Conductores)		
12	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
13	Curso de Humanización en los servicios de salud		
14	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL – Abogado, Ingeniero, Contador, Economista, Administrador de empresas, Arquitecto, etc. (fecha vigente – MES actual).		
15	Convalidación de Título — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)		
16	Tarjeta Profesional (Si aplica)		
17	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)		
18	Soporte de experiencia laboral.		
19	Vacunas Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)		
20	Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la página web (https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) actualizada		
21	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)		
22	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días)		
23	Certificado ARL (INDEPENDIENTE – fecha no superior a 30 días) (ACERCARCE AL AREA DE RECURSOS HUMANOS / SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA AFILIACION)		
24	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM		
25	Certificación Bancaria actualizada		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de: Área de Contratación y Talento Humano

Escritorio

Última Actualización 🔄

- OPORTUNIDADES RECIENTES**
No se han encontrado

- ÚLTIMAS OFERTAS**
No se han encontrado

0 Suscripciones	0 En edición	0 Adjudicaciones pendientes	0 Invitaciones directas	0 Nuevos informes	0 Mensajes
--------------------	-----------------	--------------------------------	----------------------------	----------------------	---------------

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente

Mantenimiento en SECOP II

Desde
Viernes 17 de abril a las 00:01 a. m.

Hasta
Viernes 17 de abril a las 07:30 a. m.

- El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.**
[Haga clic aquí para activarlo.](#) Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
- Ya está asociado a una empresa**
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario > Mis registros'.

Mensajes

Todos ▾

Sin mensajes...

[Más información .](#)

Oportunidades de ne

Recibidas ▾

Sin oportunidades

[Más información .](#)

Fundación Magdalena, Mayo de 2026.

PROPUESTA ECONOMICA

Doctor:

MARCELA BORNACELLY

GERENTE ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION

ASUNTO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO ASEADORA GENERAL DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como "Prestación de servicios como aseadora general de la e.s.e. hospital departamental san Rafael de fundación - magdalena."

OBJETIVO DE LA OFERTA:

Prestación de servicios como aseadora general de la e.s.e. hospital departamental san Rafael de fundación - magdalena, realizando todas las acciones necesarias y de los intereses de esta institución hospitalaria.

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1. Garantizar limpieza hospitalaria segura
2. Mantener áreas en condiciones óptimas
3. Cumplir normas de bioseguridad
4. Limpieza y desinfección de áreas (urgencias, habitaciones, quirófanos, etc.)
5. Manejo de residuos hospitalarios
6. Mantenimiento básico (electricidad, plomería)

Lavado de pisos, ventanas, áreas comunes

Control de infecciones

PLAZO: LO ESTABLECIDO EN LOS ESTUDIOS PREVIOS

VALOR: LO ESTABLECIDO EN LOS ESTUDIOS PREVIOS

Atentamente,

Andrea Polo

ANDREA POLO SANABRIA

CC. 1081799709

2. Concepto Inscripción

4. Número de formulario

141244715217



(415)7707212489984(8020) 0000141244715217

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
5 7 4 6 4 7 7 1

6. DV 9
12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico
1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente
Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento
Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de identificación
5 7 4 6 4 7 7 1

Lugar de expedición 28. País
COLOMBIA

29. Departamento
Magdalena 1 6 9

30. Ciudad/Municipio
Santa Marta 4 7

0 0 1

31. Primer apellido
JIMENEZ

32. Segundo apellido
BARRIOS

33. Primer nombre
YONARIS

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País
COLOMBIA

39. Departamento
Magdalena 1 6 9

40. Ciudad/Municipio
Fundación 4 7

2 8 8

41. Dirección principal
CR 8 A # 26 - 67 BRR cordobita

42. Correo electrónico yonarisi Jimenez5@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1 3 1 4 8 3 6 3 2 1 5
45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal
46. Código 0 0 1 0
47. Fecha inicio actividad 2 0 2 6 0 4 0 7

Actividad secundaria
48. Código
49. Fecha inicio actividad

Otras actividades
50. Código 1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0
20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2026-04-08 / 02:32:31PM

La información suministrada a través de este formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

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

984. Nombre JIMENEZ BARRIOS YONARIS
985. Cargo Contribuyente



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO YONARIS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) JIMENEZ		NOMBRES BARRIOS	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAIS <input type="radio"/> No. 57.464.771			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ DM _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 31 MES 12 AÑO 1 9 8 3 PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO FUNDACION			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KRA 8 A # 26-67 BARRIO CORDOBITA PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO FUNDACION TELÉFONO 3148363215 EMAIL yonarisjimenez5@gmail.com		

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: BACHILLER ACADEMICO							
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO										
1o.	2o.	3o.	4o.	x5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	12		AÑO	2	0	1	7

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.				
<i>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN RAFAEL		<input checked="" type="checkbox"/>		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
MAGDALENA	FUNDACION			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA
	01	04	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
SERVICIO GENERAL	ADMINISTRATIVA			
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SERVICIOS INTEGRADO NP .S.A.S			<input checked="" type="checkbox"/>	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
MAGDALENA	FUNDACION			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA
	03	08	2024	31
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
SERVICIO GENERAL	ADMINISTRATIVA		FUNDACION MAG	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

2

3

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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.

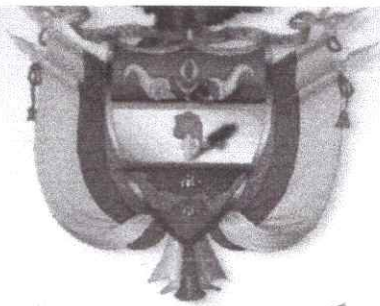
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

CERTIFICADO QUE LOS DATOS PRESENTADOS HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co



INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL TÉCNICA GUACHACA

Aprobada por Resolución No. 1229 del 31 de Agosto de 2007
Emanadas de la Secretaría de Educación Distrital D.T.C.H. de Santa Marta

Confiere a

Donaris Jimenez Barrios

Identificada con CC. No. 57.464.771 de Santa Marta (Magdalena)

El Título de:

Bachiller Académico

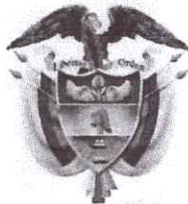
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según
Los planes y programas vigentes, acordes con la Ley 115 de 1994, Decreto 1860 de 1994,
Decreto 3011 de 19 de Diciembre de 1997 (Bachillerato por Ciclos),
Ley 715 de 2001, Resolución 230 de 2002 y Decreto 1290 de 2009.

LIBALDY JOSÉ VILLANUEVA PERTÚZ
Rector

LUZ HELENA RIZZO PINTO
Secretaria

Dado en Guachaca - Santa Marta, a los siete (07) días del mes de diciembre de 2017

República de Colombia
Departamento del Atlántico
Liceo Mixto José Prudencio Padilla
"Enseñanza, Progreso y Triunfo"
Licencia de funcionamiento 3097 de nov. 30 de 2000
Secretaría de Educación Departamental



Acta Individual de Grado

En la ciudad de Soledad a los 4 días del mes de diciembre del año 2017, atendiendo lo dispuesto en el numeral (e), del Artículo 24 del decreto 1860 de agosto 3 de 1.994, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos rector y secretario del: **LICEO MIXTO JOSE PRUDENCIO PADILLA** Modalidad bachiller académico, institución aprobada hasta 11° grado en el nivel de educación media y autorizada por La secretaria de educación de soledad para otorgar el título de bachiller en la modalidad académico. según resolución número 3097 del 30 de noviembre del año 2000 comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron los estudios correspondientes al nivel de educación media, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyo número de orden nombre apellido y número del documento relacionados a continuación.

Donaris Jimenez Barrios

C.C. No. 57.464.771 de Santa Marta (Magd.)

Es fiel copia del Acta original No. 017 de la fecha 04 de diciembre 2017 que consta de 153 estudiantes graduados, comienza con el nombre de Adriana Lucía Calvo Camacho, y cierra con el nombre de Yuris Paola Florez España.

Firmado y sellado por

SORAYA DIAZ BECERRA (Rectora) ANA MILENA MARTINEZ DE LA ROSA (SECRETARIA)

Dada en Soledad a los 04 días del mes de diciembre del 2017, en constancia se firma lo presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 110 decreto 1860 del 03 de agosto de 1994.

FIRMADO Y SELLADO



C.C. No. 32.710.285 de Barranquilla



C.C. No. 1.002.022.464 de Sabana Grande



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YONARIS JIMENEZ BARRIOS

Con Cedula de Ciudadanía No. 57.464.771

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa María, a los veinte (20) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
CESAR JAVIER GAMEZ ESTRADA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CESAR JAVIER GAMEZ ESTRADA
SUBDIRECTOR
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA
REGIONAL MAGDALENA

16766669 - 20/11/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 911800631964CCS7464771C.



CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0908 del 27 de enero de 2017,
emanada de la Secretaría de Educación
Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030 01 al 0030 09 S.E.D.
del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011
de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8



**EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL
NORTE "COTECNOR"**

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

YONARIS JIMENEZ BARRIOS Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No **57.464.771**, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL**.

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición
Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 10 de abril de 2026

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0187 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales

Nombres y Apellidos: **YONARIS JIMENEZ BARRIOS** Documento: **CC 57464771** Fecha Nacimiento: **30/12/1983** Fecha Generación: **14/06/2024**

Edad	Mc protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación		Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador	
				Día	Mes				Año	Día	Mes		Año
Sin rango de edad	COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	PAI Adicional	7	1	2022	Oxford-AstraZeneca	77948	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL				LUCY YOHANNA LARA PACHECO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	PAI Adicional	28	4	2021	PFIZER	ET6924	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	19	5	2021	LOURDES MARIA SILVA MACHADO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	PAI Adicional	20	5	2021	PFIZER	FH8026	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL				LUCY YOHANNA LARA PACHECO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	PAI Adicional	26	8	2022	PFIZER	PCA0075	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	3	1	2023	HENRY ENRIQUE FERNANDEZ ACOSTA
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Annual	PAI Adicional	2	6	2022	Green Cross	V50222004	FUNDACION E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL	1	6	2025	AICHEL CONCEPCION CARDOZO VALENCIA

Red de Promocion y Prevencion
en salud ocupacional S.A.S

Nit: 0900412223-9

Direccion . Kra 9 N 7-12

Cel 3003661345



MILEDHYS MORENO MOSQUERA
Medico especialista en Salud Ocupacional
RM:2901 Rus 0 2138

Identificacion	57.464.771
----------------	------------

Nombre del Paciente: **YONARIS JIMENMEZ BARRIOS**

Empresa: **ESE HOSPITAL SANRAFAEL DE FUNDACION**

Direccion:

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	CIUDAD	FECHA DE CONSULTA
FEMENINO	42 AÑOS	SEPARADO	BASICA SECUNDARIA COMPLETA	FUNDACION-Mag	8/04/2026
Objetivo:	INGRESO	E.P.S. Afiliado:		CONTRATO	
CARGO :	SERVICIO GENERAL			Estrato:	

CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente Fueron consignados en una Historia Clínica ocupacional que reposa en los archivos de salud ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente Resultado

CONCEPTO :

APTO para el Cargo
 APTO con Restricciones
 NO APTO para el Cargo

TRABAJOS ESPECIALES

ALTURAS	
Espacios Confinados	
TETS SPOICSENSOMETRICO	

CONCEPTO EGRESO

Satisfactoria
 NO Satisfactoria
 Valoracion por: E.P.S A.R.L

PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Auditivo Visual Cardio Vascular Respiratorio Ergonomico Dermatologico
 Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilización EPP. Pausas activas. SEGUN I.M.C.: Dieta balanceada, Ejercicio Regular

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará VISIONAMOS SALUD IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(los) examen(es) están completas y son verdaderas. Autorizo a VISIONAMOS SALUD IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Miledhys Moreno Mosquera
Miledhys Moreno Mosquera
 MEDICO ESPECIALISTA EN
 SALUD OCUPACIONAL
 UNIVERSIDAD LIBRE
 RES. RESOLUCION 01740 22/MAR 19911

Yonaris Jimenez



SERVICIOS INTEGRADOS NP S.A.S
NIT: 900.330.248-1

HACE CONSTAR

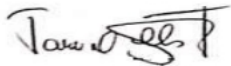
Que El (la) señor(a) **JIMENEZ BARRIOS YONARIS** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 57464771 estuvo vinculado en esta Organización desde el **03 DE AGOSTO 2024** hasta el **31 DE DICIEMBRE 2025**.

Durante el tiempo que estuvo vinculado(a) en la empresa desempeñó el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** y su último sueldo básico devengado fue de (\$1423500), mensuales.

Motivo de retiro fue: Terminación de la obra contratada.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, en Barranquilla el 31 DE DICIEMBRE 2025.

Cordialmente,



JAVIER LLANOS INSIGNARES
Líder de gestión humana



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

VACUNADO CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

NOMBRE Yonaris Jimenez Baez

FECHA: 4/ FEB/04

Zencida

FIRMA VACUNADOR

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YONARIS		JIMENEZ	BARRIOS

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

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

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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 año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$0,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NINGUNO	COLOMBIA	MAGDALENA	FUNDACIÓN	\$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	\$0,00

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
DEIMER	RAFAEL	ZARCO	CANTILLO

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 desempeñar.

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:

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

CERTIFICA:

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

Tipo y No. de documento:	CC 57464771
Nombres:	YONARIS JIMENEZ BARRIOS
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2018-05-15
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	MAGDALENA FUNDACION
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

OBSERVACIONES:

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

La anterior certificación se expide y firma el 2026-05-03



CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



Protección

Una empresa **SURA**

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JIMENEZ BARRIOS YONARIS** identificado(a) con **CC** número **57.464.771** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 06 de abril de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de Mayo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: JIMENEZ BARRIOS YONARIS
IDENTIFICACIÓN: CC 57464771
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR: 07/04/2026
FECHA INICIO CONTRATO: 01-04-2026
FECHA FIN CONTRATO: 31-01-2027
TIPO DE TRABAJADOR: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A 1 MES.
CLASE: 3
TASA: 2,436
CONTRATO TRABAJADOR: 302347953
INGRESO MENSUAL: \$2.800.000
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR: VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR: 3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

DATOS COTIZANTE

CONTRATANTE: ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL
CC /NIT: NI 891780008
CONTRATO: 97102230
SEDE: PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO: PRINCIPAL
INICIO VIGENCIA CONTRATO: 01/09/2023
ESTADO ACTUAL CONTRATO: VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: 3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 06 días del mes de abril del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio
Colmena Seguros



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 57464771 **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 11/04/2026 10:37 AM



Código Verificación: **4BW1XST95Q**

Válida hasta: **10/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

Banco de Bogotá



Nº 980.002.984.4
C.M.E. 25 Nº 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YONARIS JIMENEZ BARRIOS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 57.464.771 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 326436938, abierta/o desde el 31/7/2024.

Se expide en Bogotá el día 25 del mes de Mayo del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO