



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Becerra		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cantillo			NOMBRES Yurleidys Vanessa			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1001872916				SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <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		D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 20 MES 09 AÑO 2000				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DIAGONAL 81N 6D 52 NUEVA ESPERANZA ETAPA 3				
PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO		
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SOLEDAD		MUNICIPIO SOLEDAD		TELÉFONO 3747795		
MUNICIPIO SOLEDAD		TELÉFONO 3747795		EMAIL yurleidysvb@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°	1X1°	MES	12	AÑO	2016

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO 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).

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANOS

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)                      TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

**IDIOMAS**

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

5

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			Día	01	Mes	04	Año	2022	Día	30	Mes	04	Año	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			Día	01	Mes	03	Año	2022	Día	31	Mes	03	Año	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>					<i>FECHA DE RETIRO</i>						
			Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	28	Mes	02	Año	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 null null 33-06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	11	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 null null						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO EN SALUD					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3016428645			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2021
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> ENFERMERA L5			<i>DEPENDENCIA</i> APOYO EN SALUD					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 33 06						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3016428645			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	08	Año	2021	Día	31	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA APOYO EN SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3016428645			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	07	Año	2021	Día	31	Mes	07	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA APOYO EN SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 40 30 06						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 06						

6

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	27	Mes:	01	Año:	2020	Día:	31	Mes:	08	Año:	2020
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO					DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7

**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	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	7

8

**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

Soledad/Atlántico 18/febrero/2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

**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

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.001.872.916**

**BECERRA CANTILLO** REPÚBLICA DE COLOMBIA

APELLIDOS

**YURLEIDYS VANESSA**

NOMBRES

*Yurleidy Becerra*  
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-2000**

**SOLEDAD**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58** **AB+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**10-OCT-2018 SOLEDAD**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Vacha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



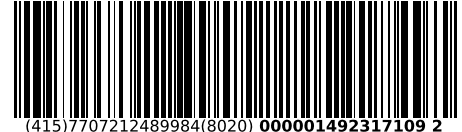
P-0305250-01050212-F-1001872916-20181212 0063614008A 1 1585173631

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

14923171092



(415)7707212489984(8020) 000001492317109 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  6. DV  12. Dirección seccional  14. Buzón electrónico

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente  25. Tipo de documento  1 3 26. Número de Identificación  27. Fecha expedición

Lugar de expedición  28. País  29. Departamento  0 8 30. Ciudad/Municipio  7 5 8

31. Primer apellido  32. Segundo apellido  33. Primer nombre  34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País  1 6 9 39. Departamento  0 8 40. Ciudad/Municipio  7 5 8

41. Dirección principal

42. Correo electrónico

43. Código postal  44. Teléfono 1  45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código		
<input type="text" value="8621"/>	<input type="text" value="20170126"/>	<input type="text" value="8610"/>	<input type="text" value="20200205"/>	<input type="text" value="87308699"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

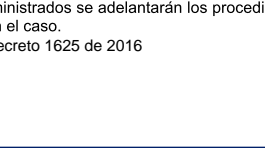
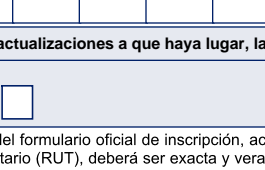
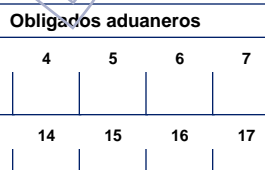
**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código  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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

49 - No responsable de IVA



Obligados aduaneros										Exportadores											
54. Código <input type="text" value=""/>										55. Forma <input type="text" value=""/>		56. Tipo <input type="text" value=""/>		Servicio <input type="text" value=""/>		1 <input type="text" value=""/>		2 <input type="text" value=""/>		3 <input type="text" value=""/>	
11 <input type="text" value=""/> 12 <input type="text" value=""/> 13 <input type="text" value=""/> 14 <input type="text" value=""/> 15 <input type="text" value=""/> 16 <input type="text" value=""/> 17 <input type="text" value=""/> 18 <input type="text" value=""/> 19 <input type="text" value=""/> 20 <input type="text" value=""/>										57. Modo <input type="text" value=""/>		58. CPC <input type="text" value=""/>									

**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:  61. Fecha

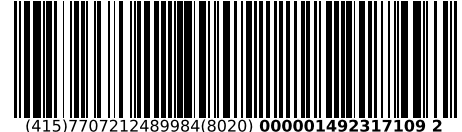
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios 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  
985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14923171092



(415)7707212489984(8020) 000001492317109 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 0 1 8 7 2 9 1 6	6. DV 7	12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla	14. Buzón electrónico 2
---	------------	--	----------------------------

**Características y formas de las organizaciones**

62. Naturaleza <input type="checkbox"/>	63. Formas asociativas <input type="checkbox"/>	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados <input type="checkbox"/>
65. Fondos <input type="checkbox"/>	66. Cooperativas <input type="checkbox"/>	67. Sociedades y organismos extranjeros <input type="checkbox"/>
68. Sin personería jurídica <input type="checkbox"/>	69. Otras organizaciones no clasificadas <input type="checkbox"/>	70. Beneficio <input type="checkbox"/>

**Constitución, Registro y Última Reforma**

**Composición del Capital**

Documento	1. Constitución	2. Reforma		
71. Clase	_____	_____	82. Nacional	_____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	_____	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	_____	_____	86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	_____	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matrícula mercantil	_____	_____		
78. Departamento	_____	_____		
79. Ciudad/Municipio	_____	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

**Estado y Beneficio**

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 0 1	2 0 2 1 0 5 1 6		-
2				-
3				-
4				-
5				-

**Vinculación económica**

93. Vinculación económica <input type="checkbox"/>	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			



SECRETARIA DE SALUD  
RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 1170 DE 2019

( 7 de marzo de 2019 )

“Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional “

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de Agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

**CONSIDERANDO**

Que YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.001.872.916 expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según TITULO que le otorgó la **CORPORACION TECNICA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DEL CARIBE CODETEC**, el día 17 de diciembre de 2018, según Acta de Grado N° 292.

**RESUELVE**

**ARTICULO ÚNICO:** Autorízase a YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.001.872.916 expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la Profesión de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 7 de marzo de 2019.

**HERNANDO JOSE VILORIA ELJACH**

Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: PGoenaga

[www.atlantico.gov.co](http://www.atlantico.gov.co)

Calle 40 Cra. 45 y 46 - Teléfono (57+ 5)3307000 -  
Fax (57+5)3307444 Barranquilla, Colombia



gobatl



@gobnaciondelatlantico



gobatlantico



Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1001872916	YURLEIDYS	VANESSA	BECERRA	CANTILLO	Vigente	<a href="#">Ver</a>

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) YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO identificado(a) con CC 1001872916 registra La siguiente información:

2024-01-03--8:42:27 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2019-03-07	1170	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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).



SECRETARIA DE SALUD  
RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 1170 DE 2019

( 7 de marzo de 2019 )

“Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional “

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de Agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

**CONSIDERANDO**

Que YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.001.872.916 expedida en Soledad - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según TITULO que le otorgó la **CORPORACION TECNICA DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS DEL CARIBE CODETEC**, el día 17 de diciembre de 2018, según Acta de Grado N° 292.

**RESUELVE**

**ARTICULO ÚNICO:** Autorizase a YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.001.872.916 expedida en Soledad - Atlántico, para ejercer la Profesión de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 7 de marzo de 2019.

**HERNANDO JOSE VILORIA ELJACH**

Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: PGoenaga

[www.atlantico.gov.co](http://www.atlantico.gov.co)

Calle 40 Cra. 45 y 46 - Teléfono (57+ 5)3307000 -  
Fax (57+5)3307444 Barranquilla, Colombia



gobatl



@gobnaciondelatlantico



gobatlantico



**CONCEPTO DE APTITUD LABORAL**

SEDE: CRA 47 NO.69-83 BOSTON

FECHA DE INGRESO: 12/12/2022

FECHA SALIDA: 12/12/2022

TIPO DE EVALUACION

INGRESO

EGRESO

PERIODICO

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre completo: YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO

Identificación: 1001872916

Sexo: F

Fecha de nacimiento: 20/09/ 2000

Edad: 22

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo y/u Oficio: AUX DE ENFERMERIA



**EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA**

E.M.O Ingreso con énfasis osteomuscular.

**EXAMENES REALIZADOS**

AGUDEZA VISUAL, AUDIOMETRIA, GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO, EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR.

**Recomendaciones laborales**

**Manejo por EPS/ARL:**

**Hábitos y estilos de vida**

**incluir PVE**

Usar EPP

Cumplir con los protocolos de bioseguridad

Higiene Postural

Pausas Activas

Usar mascarilla

Hacemos constar que hemos realizado examen medico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y en general los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Estará disponible para fines legales pertinentes.

**CONCEPTO DE APTITUD:**

APTO

APTO CON RECOMENDACIONES

APTO CON RESTRICCIONES

NO APTO

**OBSERVACION:**

Se valora signos clínicos y epidemiológicos para Covid -19, En el momento de la consulta no se evidencia signos y Síntomas compatibles con el nuevo Covid-19.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera.

Dr. Miguel Esquivia S.  
Médico Especialista en Seguridad y Salud  
C.O. No. 262012

**MIGUEL ESQUIVIA SANJUAN**

Médico Especialista Salud Ocupacional

Lic.de S.O. # 262012

Firma y Sello del Médico

FIRMA DEL TRABAJADOR

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**3202428276**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000006431 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CARRERA 47</b>			COD. AGE: 320			RAMO: 89			PAP:											
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO							
29	07	2024	29	07	2024	23:59	29	07	2025	23:59	365	29	07	2024						
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION								

TIPO DE MOVIMIENTO	EXPEDICION														
VIGENCIA DEL ANEXO			DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	DIAS	
29			07	2024	23:59	29	07	2025	23:59	365	29	07	2025	23:59	365
VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			A LAS			

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO** IDENTIFICACIÓN: CC **1001.872.916**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 81 N 6D 52** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3016428645**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO** IDENTIFICACIÓN: CC **1001.872.916**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 81 N 6D 52** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3016428645**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **BECERRA CANTILLO YURLEIDYS VANESSA**  
ASEGURADO: **BECERRA CANTILLO YURLEIDYS VANESSA**  
BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

VIGENCIA: **365 dias, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.**

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****30,200	GASTOS EXPEDICION: \$ ****10,000.00	IVA: \$ *****7,638	TOTAL A PAGAR: \$ *****47,838
--	--------------------------------	--	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MAILDE DEL CARMEN ROMERO DE LA CRUZ	7354	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000320242827

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CCDDA207A0B0DF47C58

CLIENTE

CRVELEZ 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros  
GRAN CONTRIBUYENTE RES-2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



## CERTIFICADO

**SOLEDAD,  
ATLANTICO,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**21/02/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1001872916**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

Número **0570029770033180**  
Fecha de apertura **22/06/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3202428276**

**PÓLIZA No: 320 -89 - 994000006431 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CARRERA 47</b>			COD. AGE: 320			RAMO: 89			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
29	07	2024	29	07	2024	23:59	29	07	2025	23:59	365	29	07	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE A LAS			VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>											TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO <b>EXPEDICION</b>														
VIGENCIA DEL ANEXO						DIA			MES			AÑO		
29						07			2024			23:59		
VIGENCIA DESDE A LAS						VIGENCIA HASTA A LAS			DIAS			A LAS		

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO** IDENTIFICACIÓN: CC **1001.872.916**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 81 N 6D 52** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3016428645**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **YURLEIDYS VANESSA BECERRA CANTILLO** IDENTIFICACIÓN: CC **1001.872.916**

DIRECCIÓN: **DIAGONAL 81 N 6D 52** CIUDAD: **SOLEDAD, ATLÁNTICO** TELÉFONO: **3016428645**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **ATLÁNTICO** CIUDAD: **SOLEDAD**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE LABORA EL PROFESIONAL**

ACTIVIDAD: **AUXILIAR DE LA SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 50,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		50,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		50,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		50,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		50,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		5,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **BECERRA CANTILLO YURLEIDYS VANESSA**  
ASEGURADO: **BECERRA CANTILLO YURLEIDYS VANESSA**  
BENEFICIARIO: **Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

PROFESION ASEGURADA: **AUXILIAR EN ENFERMERIA**

VIGENCIA: **365 dias, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.**

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****50,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****30,200	GASTOS EXPEDICION: \$****10,000.00	IVA: \$ *****7,638	TOTAL A PAGAR: \$ *****47,838
--	--------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	----------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MAILDE DEL CARMEN ROMERO DE LA CRUZ	7354	100.00			

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000320242827

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CRVELEZ 0

CDDA207A0B0DF47C58

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA