



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 Lemus		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Vasquez			NOMBRES Yeimis Paola	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 32570383			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				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 05 MES 09 AÑO 1981				CALLE 33C 15 4 TORRE 30 APTO 203 MANUELA BELTRAN		
PAÍS COLOMBIA				PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO
DEPTO ATLÁNTICO				MUNICIPIO SOLEDAD		
MUNICIPIO LURUACO				TELÉFONO 3759400		EMAIL yeleva27@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000
										<input checked="" type="checkbox"/>				

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	11	2018	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

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> ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2025
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1680 2009 ENFERMERA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA DE URGENCIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 19 21 25						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2023	<i>Día</i>	02	<i>Mes</i>	12	<i>Año</i>	2023
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 1958 1 2010 ENFERMERA			<i>DEPENDENCIA</i> AREA URGENCIAS					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 19 25 21						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> ESE HOSPITAL DE MALAMBO				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> MALAMBO					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>	30	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> JEFA					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL DIVINA MISERICORDIA				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> BOLÍVAR			<i>MUNICIPIO</i> MAGANGUÉ					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3173647906			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	23	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2019	<i>Día</i>	31	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2020
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 FEBRERO, 2025

Juan Luis Vargas

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
32570383

NUMERO

LEMUS VASQUEZ

APELLIDOS

YEIMIS PAOLA

NOMBRES

Yeimis Lemus Vasquez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

05-SEP-1981

**LURUACO
(ATLANTICO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

29-JUN-2000 LURUACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0301900-22084002-F-0032570383-20001010

10848 00280A 02 095029955

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14924241298



(415)7707212489984(8020) 000001492424129 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 2 5 7 0 3 8 3

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

3 2 5 7 0 3 8 3

27. Fecha expedición

2 0 0 0, 0 6, 2 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Luruaco

4 2 1

31. Primer apellido

LEMUS

32. Segundo apellido

VASQUEZ

33. Primer nombre

YEIMIS

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Soledad

7 5 8

41. Dirección principal

CL 33 C 15 4

42. Correo electrónico

yeleva27@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 6 2 1 7 4 6 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0, 0 7 0 1

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

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

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YEIMIS	PAOLA	LEMUS	VASQUEZ

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 último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$30.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$30.000.000,00

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	\$100,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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:



GOBIERNO DE COLOMBIA



La salud es de todos

Minsalud



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

YEIMIS PAOLA LEMUS VASQUEZ

C.C. 32.570.383

Universidad Simon Bolivar

Barranquilla

Fecha de Expedición Diploma: 12/12/2018

Fecha de Inscripción en Rethus: 01/07/2020



37989

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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 *

32570383

Primer Nombre

YEIMIS

Primer Apellido

LEMUS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8893

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2023-12-29→9:54:07 PM -2023-12-30→8:01:05 AM -2023-12-30→8:08:02 AM -2023-12-30→9:05:13 AM -2023-12-30→9:17:19 AM -2023-12-30→9:27:06 AM -2024-01-01→8:48:38 PM -2024-01-01→9:12:46 PM -2024-01-01→9:35:30 PM -2024-01-01→9:40:10 PM -2024-01-05→11:06:22 PM -2024-01-05→11:23:12 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	32570383	YEIMIS	PAOLA	LEMUS	VASQUEZ	Vigente	V

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YEIMIS PAOLA LEMUS VASQUEZ identificado(a) con CC 32570383 registra La siguiente información:

2024-01-05→11:23:12 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2020-07-01	32570383	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **YEIMIS PAOLA LEMUS VASQUEZ**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 32.570.383** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 530290642** aperturada el **25 de abril del 2019**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **02** días del mes de **diciembre** del año **2020**.

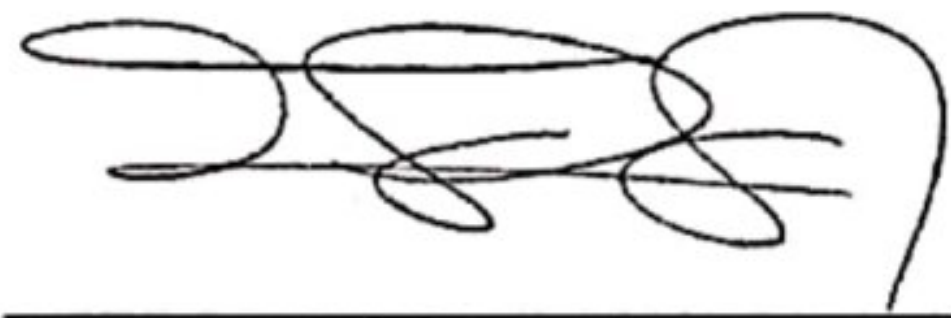
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0530290642**

Cuenta de 16 dígitos: **0530000200290642**

Cuenta de 20 dígitos: **00130530000200290642**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202134650

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000002782 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: CARRERA 47			COD. AGE: 320			RAZO: 89			PAP:		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
26	12	2024	26	12	2024	26	12	2024	26	12	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL			VIGENCIA DE: 23:59			VIGENCIA DE: 23:59			VIGENCIA DE: 366		
			A LAS			A LAS			DÍAS		
			VIGENCIA HASTA			VIGENCIA HASTA			TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION											
VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DEL ANEXO		
26	12	2024	26	12	2024	26	12	2025	26	12	2025
VIGENCIA DE: 23:59			VIGENCIA DE: 23:59			VIGENCIA DE: 366			VIGENCIA DE: 366		
A LAS			A LAS			A LAS			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR											
NOMBRE: YEIMIS PAOLA LEMUS VASQUEZ						IDENTIFICACION: CC 32.570.383					
DIRECCION: CL 33 C 15 4 TO 3 APTO 203 PAR						CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO					
						TELÉFONO: 3016217461					

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO											
ASEGURADO: YEIMIS PAOLA LEMUS VASQUEZ						IDENTIFICACION: CC 32.570.383					
DIRECCION: CL 33 C 15 4 TO 3 APTO 203 PAR						CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO					
						TELÉFONO: 3016217461					
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS						IDENTIFICACION: NIT 001-8					

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS											
ITEM: 1				DEPARTAMENTO: ATLANTICO				CIUDAD: SOLEDAD			

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

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 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

****RENOVACIÓN****

TOMADOR: LEMUS VASQUEZ YEIMIS PAOLA
ASEGURADO: LEMUS VASQUEZ YEIMIS PAOLA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

PROFESION ASEGURADA: ENFERMERA

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

OBJETO:

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	I.V.A.	TOTAL A PAGAR
\$ ****50,000,000.00	\$ *****46,555	\$ ****10,000.00	\$ *****10,745	\$ *****67,300

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GLOBALAS LTDA	7360	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA 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 OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000320213465
FIRMA TOMADOR

DIRECCION NOTIFICACION ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDDA207A0C0EF47F5E **CLIENTE** JADCHOA 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensorasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensora-del-consumidor-financiero.aspx>

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/98 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE



**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 32570383 **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 27/02/2025 01:09 AM



Código Verificación: **NR713MTB5Q**

Válida hasta: **28/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

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