# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE LA CONTRAPARTE — SARLAFT / SICOF

*Diligéncielo en línea. El sistema genera este documento con sus datos; usted solo debe imprimirlo y firmarlo*

| 1. TIPO DE CONTRAPARTE Y CLASE DE VINCULACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| **TIPO DE CONTRAPARTE** | PERSONA NATURAL | **CLASE DE VINCULACIÓN** | ASISTENCIAL |
| **MOTIVO** | ACTUALIZACION | **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO** | 10/11/2026 |
| **CIUDAD** | VILLA DEL ROSARIO | **DEPARTAMENTO** | NORTE DE SANTANDER |

| 2. IDENTIFICACIÓN DE LA CONTRAPARTE — A. PERSONA NATURAL | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ | **TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO** | C.C 1127045968 |
| **LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN** | VILLA DEL ROSARIO- 17 DICIEMBRE 2012 | **FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO** | 27 OCTUBRE DE 1994 - SAN ANTONIO |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** | AVENIDA LIBERTADORES VILLAS DE ALCALA A INT D17 | **CIUDAD / DEPARTAMENTO** | CUCUTA/ NORTE DE SANTANDER |
| **TELÉFONO CELULAR** | 3212191625 | **CORREO ELECTRÓNICO** | YESMYDIAZ13@GMAIL.COM |
| **PROFESIÓN U OFICIO** | ODONTOLOGA | **ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU)** | ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA 8622 |

| 2. IDENTIFICACIÓN DE LA CONTRAPARTE — B. PERSONA JURÍDICA (SOLO SI APLICA) | | | |
|---|---|---|---|
| **RAZÓN SOCIAL** | | **NIT Y DÍGITO DE VERIFICACIÓN** | |
| **TIPO DE EMPRESA (PÚBLICA, PRIVADA O MIXTA)** | | **ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU)** | |
| **DIRECCIÓN DE LA OFICINA PRINCIPAL** | | **CIUDAD / DEPARTAMENTO** | |
| **PAÍS DE DOMICILIO** | | **PAÍSES DONDE OPERA** | |
| **TELÉFONO** | | **CORREO ELECTRÓNICO** | |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | |
| **DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | **TELÉFONO DEL REPRESENTANTE LEGAL** | |
| **REVISOR FISCAL (SI APLICA)** | | **DOCUMENTO Y TARJETA PROFESIONAL** | |
| **¿TIENE SUCURSALES? ¿CUÁLES?** | | **SECTOR DE LA ECONOMÍA** | |

| 3. PERFIL ECONÓMICO Y ORIGEN DE LOS RECURSOS | |
|---|---|
| **INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS** | $ 4.500.000 |
| **EGRESOS MENSUALES APROXIMADOS** | $ 3.500.000 |
| **TOTAL DE ACTIVOS APROXIMADO (si no tiene, escriba 0)** | $ 4.500.000 |
| **TOTAL DE PASIVOS APROXIMADO (si no tiene, escriba 0)** | $ 3.500.000 |
| **ORIGEN DE LOS RECURSOS (ocupación, actividad o negocio del que provienen sus ingresos)** | ODONTOLOGA |

| | |
|---|---|
| **¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? SÍ / NO. Si respondió SÍ, señale el tipo: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío o recepción de giros, pago de servicios o transferencias, y los países** | NO |
| **¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? INDIQUE PRODUCTO, ENTIDAD Y PAÍS** | NO |
| **¿POSEE, NEGOCIA O RECIBE PAGOS EN ACTIVOS VIRTUALES (CRIPTOACTIVOS, COMO BITCOIN O MONEDAS ESTABLES), O PRESTA SERVICIOS RELACIONADOS CON ELLOS? SÍ / NO. Si respondió SÍ, indique el tipo de activo y la plataforma o proveedor** | NO |

| **4. CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) — DECRETO 830 DE 2021** | |
|---|---|
| **PREGUNTA** | **RESPUESTA (SÍ / NO)** |
| 1. ¿Usted desempeña o desempeñó, durante los últimos dos (2) años, un cargo o función pública con responsabilidades de dirección, manejo de recursos públicos, contratación, ordenación del gasto o facultades administrativas o sancionatorias? | NO |
| 2. ¿Desempeña, o desempeñó en los últimos dos (2) años, un cargo en un gobierno extranjero o en una organización internacional? | NO |
| 3. ¿Es cónyuge o compañero permanente, o familiar hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos o nietos), segundo de afinidad (suegros o cuñados) o primero civil (hijos adoptivos), de alguien que esté en las situaciones 1 o 2? | NO |
| 4. ¿Es socio o asociado cercano de alguien que esté en las situaciones 1 o 2? | NO |
| 5. ¿Es sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? | NO |
| 6. ¿Es usted servidor público? (Solo persona natural. Es un dato que exige la Superintendencia Nacional de Salud y no lo convierte en PEP.) | NO |
| **Si respondió SÍ a alguna, indique cargo, entidad y periodo:** _____ | |

| **5. VÍNCULOS CON LA E.S.E.** | |
|---|---|
| **PREGUNTA** | **RESPUESTA (SÍ / NO)** |
| 1. ¿Tiene usted parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o vínculo de matrimonio o unión permanente, con algún servidor público o contratista de la E.S.E. Hospital Jorge Cristo Sahium? | NO |
| **Si respondió SÍ, indique nombre, cargo o dependencia y clase de parentesco o vínculo:** _____ | |

| 6. BENEFICIARIO FINAL — SOLO PERSONA JURÍDICA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | DOCUMENTO | % DE PARTICIPACIÓN | ¿EJERCE CONTROL EFECTIVO? | ¿ES PEP? |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

*Relacione a los socios o accionistas con participación igual o superior al 5 % del capital o de los votos, a quien ejerza el control efectivo aunque no tenga participación, y a los miembros de la junta directiva.*

## 7. DECLARACIONES BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO

**7.1 Origen de los recursos.** Declaro que mi actividad, profesión u oficio es lícita y se ejerce dentro del marco legal; que los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano; y que los recursos derivados de esta relación contractual no se destinarán a lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad o fraude, ni a grupos o actividades terroristas. La información aquí suministrada es veraz y verificable.

**7.2 Inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de interés.** Declaro que no me encuentro en ninguna de estas situaciones:

- Tengo una sanción disciplinaria, fiscal o penal vigente que me impida contratar con el Estado.
- He sido condenado por delitos contra la administración pública, por lavado de activos o financiación del terrorismo, o por delitos que afecten el patrimonio del Estado.
- Aparezco en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República.
- Estoy reportado como deudor alimentario moroso en el REDAM.
- Fui declarado inhabilitado por incumplir contratos celebrados con entidades públicas.
- Soy servidor público, salvo las excepciones que permite la ley.
- Soy cónyuge, compañero permanente o familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil del Gerente, de los Subgerentes, de los miembros de la Junta Directiva o de quienes intervienen en este proceso de contratación.
- Tengo un conflicto de interés frente a la E.S.E., o un vínculo con servidores públicos o contratistas del Hospital que pueda afectar mi imparcialidad.

*Este resumen no reemplaza el régimen completo de inhabilidades e incompatibilidades previsto en la Constitución Política, la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011 y las normas que las modifiquen, que declaro conocer.*

**7.3 Autorización para consultar y verificar.** Autorizo a la E.S.E. Hospital Jorge Cristo Sahium de Villa del Rosario a consultar y verificar mi información —y la de los socios, representantes y administradores cuando se trate de persona jurídica— en listas restrictivas nacionales e internacionales y en las bases de datos de antecedentes disciplinarios, fiscales, judiciales, medidas correctivas, deudores alimentarios morosos, inhabilidades por delitos sexuales contra menores, registro del talento humano en salud y demás fuentes públicas, cuantas veces sea necesario, antes de la vinculación y durante toda la relación contractual, así como a conservar los soportes de esas consultas en el expediente; y a tratar mis datos personales para estos fines conforme a la política institucional de tratamiento de datos.

**7.4 Tratamiento y confidencialidad de datos personales.** Los datos suministrados en el presente formulario serán tratados por la E.S.E. Hospital Jorge Cristo Sahium de Villa del Rosario para la identificación, conocimiento y debida diligencia de la contraparte, así como para la prevención, detección, monitoreo y control de los riesgos de LA/FT/FPADM y de Corrupción, Opacidad y Fraude (COF), conforme a la normatividad y procedimientos institucionales aplicables.

De acuerdo con el artículo 2, literal b), de la Ley 1581 de 2012, las bases de datos destinadas a la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo se encuentran exceptuadas del régimen general de protección de datos. No obstante, la E.S.E. aplicará los principios de protección de datos, confidencialidad y seguridad de la información que resulten procedentes.

**7.5 Actualización e información de cambios.** Me comprometo a actualizar esta información como mínimo una vez al año mientras dure el vínculo con la E.S.E., y a informar por escrito, de inmediato, cualquier cambio en los datos o en las declaraciones aquí consignadas, incluida la aparición sobreviniente de una inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés.

7.6 **Terminación del vínculo contractual** Acepto que la E.S.E. podrá suspender, abstenerse de celebrar o terminar unilateralmente la relación contractual cuando la contraparte sea incluida en listas restrictivas o vinculantes para Colombia, resulte condenada por delitos fuente de LA/FT/FPADM o corrupción, presente información falsa, se niegue a suministrar información requerida en los procesos de debida diligencia o represente un riesgo inaceptable para la entidad de conformidad con las políticas SARLAFT y SICOF.

**7.7 Pagos y activos virtuales.** Entiendo que la E.S.E. no recibe ni realiza pagos en activos virtuales y que todos los pagos derivados del contrato se hacen por transferencia a una cuenta bancaria a nombre de la contraparte.

| 8. FIRMA | |
|---|---|
| YesminDiaz<br>FIRMA DE LA CONTRAPARTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL<br>Nombre: YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ<br>Documento: 1.127.045.968 | HUELLA (OPCIONAL)  |
| **ESPACIO PARA LA E.S.E. — RECIBIDO Y VERIFICADO POR** | |
| Nombre: Carolina Figueroa A<br>Documento: 60450343<br>Cargo o contrato: Apoyo o contratari | Fecha: ___/___/_____<br>Firma: _____ |

La autorización de tratamiento de datos personales consta en el formato independiente que la contraparte entrega junto con su hoja de vida. Los datos recolectados en este formulario se tratan con la finalidad exclusiva de prevenir y controlar los riesgos LA/FT/FPADM y de corrupción, opacidad y fraude, conforme al literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, y se conservan bajo reserva.

**Marco normativo:** Circulares Externas 009 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021 (SARLAFT) y 20211700000004-5 de 2021 (SICOF) de la Superintendencia Nacional de Salud · Manuales SARLAFT y SICOF de la E.S.E. · Decreto 830 de 2021 (PEP) · Ley 610 de 2000, art. 60 · Ley 2097 de 2021 · Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E.

La Empresa Social del Estado – ESE Hospital Jorge Cristo Sahium es una entidad pública prestadora de servicios de salud, cuyo propósito es garantizar la atención integral, segura y de calidad a la comunidad, promoviendo la protección de la información, la confidencialidad de los datos y el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad de la información.

Toda información administrativa, asistencial, clínica, técnica o estratégica que sea definida como confidencial y/o sensible deberá ser objeto de reserva, con el fin de garantizar su privacidad, integridad y disponibilidad. Lo anterior se realiza en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999, la Ley 1581 de 2012, la Ley 599 de 2000, y demás normas concordantes que regulan la protección de datos personales, la historia clínica y la seguridad de la información en Colombia.

**CONSIDERANDO QUE:**

Yo YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ, identificado(a) con C.C No. 1127045968 expedido en Villa del Rosario, actuando en nombre propio , vinculado(a) a la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium en calidad de contratista, quien en adelante se denominará EL COLABORADOR y/o PARTE RECEPTORA de la información.

Manifiesto que entiendo y acepto las condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados con el desarrollo de mis actividades, y reconozco que, para el cumplimiento de las funciones asignadas, la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium debe suministrarme información confidencial, propia o de terceros, en forma verbal, escrita, física o digital, la cual debe ser protegida conforme a lo establecido en el presente Acuerdo.

En virtud de lo anterior, las partes acuerdan lo siguiente:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA. DEFINICIONES CONCEPTUALES**

Para efectos del presente Acuerdo, los términos aquí utilizados deberán entenderse conforme a su significado natural, técnico o jurídico, salvo que expresamente se indique lo contrario:

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:**
Se entenderá como toda información no divulgada, almacenada en cualquier medio físico o electrónico, relacionada con datos administrativos, asistenciales, clínicos, técnicos, tecnológicos, financieros, jurídicos, contractuales, estratégicos o de cualquier otra naturaleza, perteneciente a la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium o a terceros, a la cual EL RECEPTOR tenga acceso con ocasión del desarrollo de sus funciones.

Incluye, entre otros, información sobre pacientes, historias clínicas y sus anexos, infraestructura tecnológica, sistemas de información, accesos, bases de datos, documentos institucionales, procedimientos internos, proveedores, contratistas, planes estratégicos, así como cualquier copia, resumen, análisis o derivación de dicha información.

**PARTE REVELADORA:**
La ESE Hospital Jorge Cristo Sahium, sus directivos, funcionarios, contratistas o representantes autorizados que suministren información en el marco de este Acuerdo.

**PARTE RECEPTORA / EL RECEPTOR:**
El COLABORADOR que, por razón de su vínculo contractual, legal o funcional, tenga acceso a la información confidencial.

**LA ENTIDAD:**
La Empresa Social del Estado – ESE Hospital Jorge Cristo Sahium, incluyendo a sus funcionarios, directivos, empleados, contratistas, asesores y demás personas vinculadas directa o indirectamente.

**SEGUNDA. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD**

EL RECEPTOR se obliga a mantener en estricta confidencialidad toda la información a la que tenga acceso en ejercicio de sus funciones, comprometiéndose a no divulgarla, reproducirla, transferirla o utilizarla para fines distintos a los estrictamente laborales, contractuales o institucionales.
La información solo podrá ser revelada por autorización expresa y escrita de la Gerencia de la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium o por requerimiento de autoridad judicial o administrativa competente.

**TERCERA. EXCEPCIONES**

No se considerará incumplimiento del deber de confidencialidad cuando:

A) La información sea de dominio público sin intervención de EL RECEPTOR.
B) La información sea obtenida lícitamente de un tercero autorizado.
C) Exista autorización previa y escrita de LA ENTIDAD.
D) La divulgación sea exigida por autoridad competente, caso en el cual EL RECEPTOR deberá informar de manera inmediata a LA ENTIDAD.

**CUARTA. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

EL RECEPTOR deberá adoptar todas las medidas necesarias para proteger la información confidencial, aplicando el mismo nivel de diligencia que emplea para proteger su propia información sensible. Se prohíbe expresamente la copia, reproducción o almacenamiento no autorizado de dicha información.

Al finalizar la relación contractual o cuando sea requerido, EL RECEPTOR deberá devolver toda la información y materiales confidenciales en su poder.

**QUINTA. DERECHOS DE AUTOR Y PROPIEDAD INTELECTUAL**

Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras, desarrollos, documentos, software o materiales elaborados por EL RECEPTOR en ejercicio de sus funciones pertenecerán exclusivamente a la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium, sin perjuicio de los derechos morales de autor conforme a la ley.

**SEXTA. DURACIÓN**

El deber de confidencialidad se mantendrá vigente durante la relación contractual y aun después de su terminación, mientras la información conserve carácter confidencial o relevancia legal, administrativa o institucional.

**SÉPTIMA. SANCIONES**

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente Acuerdo dará lugar a la imposición de sanciones disciplinarias, administrativas, civiles o penales a que haya lugar, conforme a la normatividad vigente.

**OCTAVA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN**

El presente Acuerdo no podrá ser cedido, transferido o delegado sin autorización expresa y escrita de LA ENTIDAD.

**NOVENA. LEY APLICABLE**

El presente Acuerdo se regirá por las leyes de la República de Colombia.

En constancia, se firma el presente Acuerdo a los 10 días del mes de noviembre del año 2026.

Nombre completo: YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

Tipo y No. de identificación: C.C 1.127.045.968 de Villa del Rosario

Tipo de vinculación: Contrato prestación de servicio

Firma del suscriptor: YesminDiaz



Huella Digital

## COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la **E.S.E. HOSPITAL LOCAL JORGE CRISTO SAHIUM,** asumo con responsabilidad y compromiso el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales, contribuyendo activamente a su logro y fortalecimiento:

- Adoptar y fomentar los valores y principios de la Entidad, la función administrativa y el Estado, garantizando que las normas éticas guíen el comportamiento y las acciones de todos los colaboradores de la Institución.

- Impulsar en mi equipo de trabajo y en todos los grupos de interés de la entidad una cultura de responsabilidad social, basada en el respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, el enfoque de precaución ante impactos ambientales y la lucha contra la corrupción.

- Conocer y aplicar los lineamientos del Código de Integridad GTH-01-MCA-01 de la **E.S.E. HOSPITAL LOCAL JORGE CRISTO SAHIUM**, comprometiéndome a actuar en coherencia con sus principios y orientaciones, dado su impacto en la conducta institucional.

- Seguir los principios del Código de Integridad, colaborando con mi equipo de trabajo y dirigiendo nuestras acciones hacia la transparencia y la defensa de lo público.

Adicionalmente me comprometo a:

Me comprometo a seguir los principios del Código de Integridad del Hospital Jorge Cristo, promoviendo la transparencia y la defensa de lo público en todas mis acciones. Colaboraré con mi equipo para fomentar una cultura de responsabilidad social y ética, garantizando la confianza de nuestros grupos de interés y contribuyendo al fortalecimiento de la institución.

**Nombres y Apellidos:** YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

**FIRMA:**

**Documento:** 1127045968 de Villa del Rosario.

**Cargo:** Odontóloga

**Fecha:** 10/11/2026

| E.S.E. Hospital Jorge Cristo Sahium Villa del Rosario SALUD CON CALIDEZ | PROCESO DE APOYO | GTIC-02-PL-04-F-01 | |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DEL FORMULARIO DE ACEPTACIÓN – DEL USO ACEPTABLE DE RECURSOS TECNOLÓGICOS | FECHA 17/12/2024 | VERSIÓN 2 |
| | | Página 1 de 1 | |

ACEPTACIÓN DEL USO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS, DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LA ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM.

He leído, comprendido y acepto las disposiciones establecidas de utilizar estos y otros recursos provistos por la Ese hospital Jorge cristo Sahium de manera aceptable y efectiva. en cumplimiento del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información certifico que:

- Entiendo que la violación de las políticas o normas vigentes relacionadas con el uso de recursos tecnológicos o poner en riesgo la información de la ESE, puede dar lugar a acciones disciplinarias o legales.
- Entiendo que no hay ninguna expectativa de intimidad en relación con la utilización de los recursos tecnológicos, o en relación con la información contenida, accedida u obtenida a través de estos recursos o en la realización de sus funciones.
- Entiendo que el personal del Área tecnología de la información del Hospital puede monitorear y fiscalizar en cualquier momento la utilización de los recursos tecnológicos.

Por lo tanto, acepto y me comprometo a adherirme a las condiciones mencionadas, entendiendo que mi firma en este documento confirma mi conocimiento y aceptación de dichas disposiciones.

✔ Aceptado por:

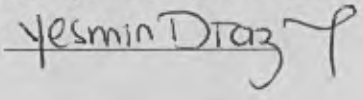
Tipo de vinculación (marcar con una x)

Contratista __X____

Estudiante _____ Institución a la que pertenece: _____

Personal externo ____ motivos de la utilización de los recursos: _____

Nombres y Apellidos: YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

Firma: 

Fecha 10/11/2026

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| DIAZ | MARTINEZ | YESMIN TAIRI |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1127045968 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 27 MES 10 AÑO 1994 | Avenida libertadores villas de alcala A casa D 17 | | | |
| PAÍS | VENEZUELA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | NORTE DE SANTANDER |
| DEPTO | BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO | SAN JOSÉ DE CÚCUTA | | |
| MUNICIPIO | BOGOTÁ. D.C. | TELÉFONO | 5924799 | EMAIL | yesmydiaz13@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | BASICA SECUNDARIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2010 |

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

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 3 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD | 10 | 2019 | |
| PREGRADO | 10 | X | | ODONTOLOGIA | 12 | 2016 | 1127045968 |

## 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)

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 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>IPS UBA VIHONCO S.A.S | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO<br>CUCUTA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 07 | Año | 2023 | Día | 29 | Mes | 02 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ODONTOLOGO CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>ODONTOLOGIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>AVENIDA 3E 13 15 BARRIO CAOBOS | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE VILLA DEL ROSARIO | | | PÚBLICA<br>X | | PRIVADA | | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO<br>VILLA DEL ROSARIO | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 15 | Mes | 02 | Año | 2023 | Día | 14 | Mes | 11 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>13638 2016 CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7N 4N 71 PALACIO MUNICIPAL | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE VILLA DEL ROSARIO | | | PÚBLICA<br>X | | PRIVADA | | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO<br>VILLA DEL ROSARIO | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 11 | Mes | 08 | Año | 2022 | Día | 25 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>13638 2016 CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD, SALUD PUBLICA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 4 71 CENTRO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM | | | PÚBLICA<br>X | | PRIVADA | | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO<br>VILLA DEL ROSARIO | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 26 | Mes | 04 | Año | 2021 | Día | 26 | Mes | 11 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>13638 2016 CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>ODONTOLOGIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 5N 7 49 CENTRO- VILLA DEL ROSARIO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM | | | PÚBLICA<br>X | | PRIVADA | | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO<br>VILLA DEL ROSARIO | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 26 | Mes | 10 | Año | 2020 | Día | 26 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>13638 2016 CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>ODONTOLOGIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>Sin dirección | | | | | |

## 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: | | Año: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | NIVEL EDUCATIVO | | | | | | 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 | 1 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Villa del Rosario Noviembre 2026

Yesmin Diaz

*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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.127.045.968**

**DIAZ MARTINEZ**

APELLIDOS

**YESMIN TAIRI**

NOMBRES

Yesmin Diaz M

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-OCT-1994**

**SAN ANTONIO**
**VENEZUELA**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**17-DIC-2012 VILLA ROSARIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2510000-00429860-F-1127045968-20130403 0032635799A 1 39127510

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

# YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

C.C. 1.127.045.968

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 01 de mayo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
**Directora de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 761247483206

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

# YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

C.C 1.127.045.968

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 23 de mayo 2024

Leonardo Molina Henao
**Director de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 761247483000

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control Interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

# YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

C.C. 1.127.045.988

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 01 de mayo 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
**Directora de Gestión y Desempeño Institucional**

Código: 7612474833161

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

C.C 1.127.045.968

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de mayo 2024

Codigo: 761247574000

**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano



# CERTIFICADO

Se certifica que

## YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

CC 1127045968

aprobó la capacitación

**«SARLAFT Y SICOF»**

con 100 % · 10 de noviembre de 2026

Sin fecha de vencimiento

E.S.E. Hospital
Jorge Cristo Sahium
Villa del Rosario
SALUD CON CALIDEZ

**Código de verificación**

**2009e2fc1c56284a131b49351baff7ca**

Escanea el código QR o abre el enlace para comprobar que este certificado es auténtico.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

UIAF

# Unidad de Información y Análisis Financiero

Hace constar que:

Yesmin Tairi Diaz Martinez

1127045968

**Cumplió con éxito, esfuerzo y dedicación los módulos del E-learning "Sistema ALA/CFT/CFP"**

**Se expide la presente CONSTANCIA el 18/10/24**

**Bogotá, Colombia**

Este documento no tiene ninguna validez jurídica, ni da cuenta de quien aprueba este curso se encuentra libre de investigaciones judiciales en curso, o ha sido condenado por delitos de lavado de activos y financiación del terrorismo o por extinción de dominio.

Este documento no tiene ningún efecto frente a las demás autoridades del Estado colombiano ni frente a particulares, más allá de hacer constar que quien supera el curso ha aprobado los temas y cuestionarios incluidos en este módulo.

6QB156eZWA

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 306189756

PIB
21:41:08


Bogotá DC, 09 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1127045968:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:42:05 PM horas del 09/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1127045968**

Apellidos y Nombres: **DIAZ MARTINEZ YESMIN TAIRI**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/11/2026 09:43:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1127045968** y Nombre: **YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **151281215** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 17:12:34 horas del 10/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1127045968,** Apellidos y Nombres **DIAZ MARTINEZ YESMIN TAIRI**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM**, con NIT **807004631-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 09 de noviembre de 2026, a las 21:46:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1127045968 |
| Código de Verificación | 1127045968261109214604 |

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**

**DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989**

No. CERTIFICADO: TNEO2026-5384



LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona con No. de identificación 1127045968, NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día lunes, 9 de noviembre de 2026 a las 14:09

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 3100 de 2019, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respetivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

La firma mecánica plasmada en este documento tiene plena validez para todos los efectos legales, según lo establecido en la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2150 de 1995.

**EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS**
Abogada Secretaria

Para verificar la validez de este certificado puede ingresar a la página
http://www.tribunaleticaodontologica.org/tneo/validacertifica.aspx o escanee el código QR

Calle 71 No.11-10 Of 1102 Telefax: 2555752
www.tribunaleticaodontologica.org
Bogotá D.C. - Colombia

TIC

# 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 1127045968 **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 09/11/2026 09:52 PM

Código Verificación: **3DGP87VEFJ**

Válida hasta: **10/02/2027**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Cooperativa de Trabajo Asociado

# ESCUELA AUXILIAR DE ENFERMERIA

Formamos en salud y bienestar

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

NIT. 807008500-5

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Aprobada según acuerdo 67 de Diciembre 05 de 2008 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

Resolución N° 05121 del 7 de Diciembre de 2023 de la Secretaría de Educación Municipal.

HACE CONSTAR QUE:

**YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ**

**C.C. 1127045968**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO:

## ATENCION PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS - PAPSIVI

Con una duración de (40) Horas

Directora

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EAE DIRECTORA

*San José de Cúcuta, Abril 25/2025*

La autenticidad de este documento puede ser verificada a través del correo electrónico escuela.auxiliar.enfermeriaeae@gmail.com , bajo el número PAPSIVI2025-11

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982639951

(415)7707212489984(8020) 000001498263995 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 7 0 4 5 9 6 8 | 1 | Impuestos de Cúcuta 7 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1127045968 | 2012217 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Villa del Rosario 8 7 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DIAZ | MARTINEZ | YESMIN | TAIRI |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

41. Dirección principal
CON VILLAS DE ALCALA A CA D 17

42. Correo electrónico yesmydiaz13@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 2 1 9 1 6 2 5 | 3 1 3 5 5 2 7 7 9 8 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 6 2 2 | 2 0 1 9 1 0 1 4 | 8 4 1 2 | 2 0 2 2 0 8 0 1 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| 2 2 2 2 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 16 / 16 : 38: 42

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 1.6.1.2.6 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 DIAZ MARTINEZ YESMIN TAIRI

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982639951

(415)7707212489984(8020) 000001498263995 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 7 0 4 5 9 6 8 | 1 | Impuestos de Cúcuta 7 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 2 7 0 4 5 9 6 8 | 2 0 1 2 1 2 1 7 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Villa del Rosario 8 7 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DIAZ | MARTINEZ | YESMIN | TAIRI |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

41. Dirección principal: CON VILLAS DE ALCALA A CA D 17

42. Correo electrónico: yesmydiaz13@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 2 1 9 1 6 2 5 | 3 1 3 5 5 2 7 7 9 8 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 2 | 2 0 1 9 1 0 1 4 | 8 4 1 2 | 2 0 2 2 0 8 0 1 | | | | 2 2 2 2 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024 - 02 - 16 / 16 : 38: 42

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 1.6.1.2.6 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: DIAZ MARTINEZ YESMIN TAIRI

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 23-05-2024 01:27:29PM

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Yesmin Tairi Diaz Martinez, identificado(a) con CC número 1127045968, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1127045968 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Yesmin Tairi Diaz Martinez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 27/10/1994 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/09/2025 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/09/2025 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1127045968 YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ Desde 01/09/2025 - Vigente

Generado por interfaces 09/11/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

# Protección

Una empresa sura

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **DIAZ MARTINEZ YESMIN TAIRI** identificado(a) con **CC** número **1.127.045.968** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de octubre de 2019 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 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de noviembre 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**

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2026-11-10 17:22 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| YESMIN | TAIRI | DIAZ | MARTINEZ |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1127045968 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | VENEZUELA | Departamento | | Municipio | |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | NORTE DE SANTANDER | Municipio | CUCUTA |

| | |
|---|---|
| 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 | E.S.E. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM |

Lugar de sede

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | NORTE DE SANTANDER | Municipio | VILLA DEL ROSARIO |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Calle 5 7- 49 Barrio El Centro, Villa del Rosario, N. de S."] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $28.500.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $28.500.000,00 |

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 | $150.000,00 |

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 [X]

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

**IPS MEDCARE DE COLOMBIA S.A.S.**
Nit. 900257281 - 1
Dirección: AV 2E # 5-35 LA CEIBA // CALLE 3 # 6-51 COMUNEROS
Tel: 3009109892 - 3143656565

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )

## DATOS DEL PACIENTE



Fecha **21/01/2026 08:35:00**

Empresa **PARTICULAR MEDICINA LABORAL**

Doc. Identidad **CC 1127045968** Nombre **YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ**

Cargo **ODONTOLOGA**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA (VISIOMETRIA), CREATININA, CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

## CONCEPTO

Sin restricciones para desempeñar el cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. HIGIENE POSTURAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. USO DE EPI. CONTINUAR CONTROLES POR SU EPS. DEBE TENER USO DE CORRECCIÓN VISUAL PARA LABORAR

## RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual (X) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

**REMISIÓN** SI ( ) NO (X)

Los resultados fueron consignados en una historia clinica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DIEGO FERNANDO SALAZAR APONTE
Especialidad: MEDICO EN MEDICINA LABORAL
CC: 1090369444 RM: 004536

Yesmin Diaz M.

Trabajador: YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ
CC: 1127045968
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

ESCUELA PARA EL TRABAJO
Y EL DESARROLLO HUMANO
# TECNIDENT

## CERTIFICA QUE

## YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

CC. 1.127.045.968 de Villa del Rosario
asistió y aprobó el:

**CURSO BÁSICO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**

*con una intensidad de **30** horas académicas*

*San José de Cúcuta, Enero 17 del 2.025*

**LUZ MARINA FERREIRA**
Directora TECNIDENT Sede Cúcuta
Lic. 000992 del 8 de Junio del 2009 –
Decreto 4904 del 2009 del Min. Educación Nacional

Seccional N. de S.

9a1074e9-617f-4001-a3f1-09c4bd39a465

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Yesmin Tairi Diaz Martinez*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 77,17 %

30 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=9a1074e9-617f-4001-a3f1-09c4bd39a465

664eafbb-e418-42dd-bb31-c855ac1f5a41

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Yesmin Tairi Diaz Martinez*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

22 de mayo de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=664eafbb-e418-42dd-bb31-c855ac1f5a41

# PROSCERTIS
## Profesionales de la Salud Certificados

NIT 1106779054-7

CERTIFICA QUE:

# Yesmin Tairi Díaz Martínez

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO NÚMERO **1127045968**

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

**Atención integral a víctimas de la violencia y abuso sexual con enfoque diferencial**

ESCANEA EL QR PARA COMPROBAR VERACIDAD

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE: **45 HORAS**

Este documento se expide en la ciudad de Bogotá el 2026-09-22, la presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a título alguno de aptitud ocupacional, esta certificación tiene vigencia de **1 años** a partir de la generación de esta.

Zharict Yeraldin Rodríguez
REPRESENTANTE LEGAL

Proscertis

Freyner León P.
PROFESIONAL DE LA SALUD

Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 26 de mayo de 2015 en el marco de educación informal.
Resolución 3100 de 2019 estándar de talento humano.

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Yesmin Tairi Diaz Martinez*

## *CC 1127045968 de Villa del Rosario, Norte de Santander*

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019
con un total de 100 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-20
Fecha de vencimiento: 2027-01-20

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Este carné es váli
Será exigido para entr

VACUNA DE VIRUS VIVOS CONTRA VARICELA
VARIVAX
Y015435
12-09-2026

NSD
VAQTA
VACUNA ANTI-HEPATITIS A PURIFICADA E INACTIVADA

rvelo

En ... internacional de vacunación
o p... ción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

---

La salud es de todos | Minsalud

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Yesmin Tairi

Apellidos: Diaz Martinez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1127045968

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 10 Año 1994

---

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis A. | 1 | 28-4-25 | 4005285 | SONICA |
| | 2 | | | |

CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
AV. No. 18-34 BARRIO BLANCO
TEL. 3941337 - CUCUTA

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 28-04-25 | hj7219 | Sonica |
| Otras | | | | |
| | Varicela | 28-04-25 | 4015435 | Sonica |
| | | | MSD | |

CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
AV. No. 18-34 BARRIO BLANCO
TEL. 3941337 - CUCUTA

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yesmin Tairi

Apellidos: Diaz Martinez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1127045968

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 10 Año 1999

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | 15-3-23 | 0114N186 | [illegible] |
| Fiebre Amarilla | Única | 18-3-23 | [illegible] | [illegible] 1136 U.F.P.S. |
| Toxoide Tetánico-Diftérico (Td) | 1 | 5-5-20 | [illegible] | [illegible] |
| | 2 | 27-7-21 | [illegible] | [illegible] |
| | 3 | 23-11-21 | [illegible] | [illegible] |
| | 4 | 13-3-22 | [illegible] | [illegible] |
| | 5 | 18-3-23 | [illegible] | [illegible] 1136 U.F.P.S. |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 18-4-22 | [illegible] | [illegible] |
| | 2 | 21-5-23 | [illegible] | [illegible] |
| | 3 | | | [illegible] 1136 U.F.P.S. |
| Antitetánica | 1 | | | [illegible] 1136 U.F.P.S. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 4-4-23 | [illegible] | [illegible] |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.*

GOBIERNO DE COLOMBIA — MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yesmin Tairi

Apellidos: Diaz Martinez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1127045968

Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 10 Año 1994

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 9.9.2019 | Sevoni 0128 hu411 | Jefe paola |
| Fiebre amarilla | Única | 9.9.2019 | Sanofi p3H591 | Jefe paola |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | 9.9.2019 | BE2U502AB | J. paola |
| | 2 | 9 - Octubre 2019. | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 10/09/19 | AHABB340AJ | Ho. Ka. |
| | 2 | 10 · octubre · 2019 | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | 11-9-19 | Sanof. TJ385 | Sandy |
| Otras HBA. | | 10/09/19 | AHABB340AJ | Ho. Ka. |

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: a0cc3ba6-0e78-43ce-8e03-27f4f3d9f120

Nombres y apellidos / Full name: YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 2 7 0 4 5 9 6 8

Fecha de nacimiento / Date of birth: 27/10/1994

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3504240259

Correo electrónico / e-mail:

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| VPH | Primera | 29 | 10 | 2015 | | J005889 | VILLA DEL ROSARIO CTRO AMBULATORIO DE CONSULTA EXT | |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 9 | 9 | 2019 | | 0128M411 | VILLA DEL ROSARIO CTRO AMBULAT | Yuri Lorena Garcia Medina |
| Fiebre Amarilla | Única | 9 | 9 | 2019 | | P3H591V | VILLA DEL ROSARIO CTRO AMBULAT | Yuri Lorena Garcia Medina |
| TD Adulto | Primera | 9 | 9 | 2019 | | 221500217C | VILLA DEL ROSARIO CTRO AMBULAT | Yuri Lorena Garcia Medina |
| COVID PFIZER | Primera | 28 | 4 | 2021 | PFIZER | ET6924 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | MAILETH DEYALIN DURAN SUAREZ |
| COVID PFIZER | Segunda | 20 | 5 | 2021 | PFIZER | ET6924 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | ERIKA ALESSANDRA MARIÑO VELANDIA |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 20 | 10 | 2021 | | V50221005 | VILLA DEL ROSARIO PUESTO DE SA | Sindy Tatiana Muriel Moncada |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 5 | 12 | 2022 | Green Cross | V50222010 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | Carolina Carreño |
| TD Adulto | Segunda | 30 | 3 | 2023 | Serum | 2331L027C | CUCUTA NORDVITAL | ROSA ANGARITA |
| VPH Nonavalente Particular | Tercera | 1 | 4 | 2025 | | Y006940 | ONCOFEM IPS SAS | YULYE STEFANY LEAL GARCIA - CC1093770154 - Activo |
| Varicela Particular | Primera | 28 | 4 | 2025 | | Y015435 | CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS | SONIA ANDREA DURAN |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 28 | 4 | 2025 | | HJ57A2 | CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS | SONIA ANDREA DURAN |
| Hepatitis A Adultos Particular | Primera | 28 | 4 | 2025 | | X045A209 | CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS | SONIA ANDREA DURAN |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Yesmin Tairi

Apellidos: Diaz Martinez

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cual: ☐

No. 1.127.045.968

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 10 Año 1994

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 28/04 2021 | Pfizer | ET6924 | HJCS | Diana C. Valcarcel Bayona TEC. EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA TP 8638 | 1090404294 |
| | 2 | 20/05 2021 | Biontech Pfizer | ET 6924 | HJCS | María Gabriela Ortiz G. TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA REG. 54-2107 | 37275622 |
| | | 24/02/2022 | Pfizer | nm 0214 | HJCS | [illegible] AUXILIAR DE ENFERMERÍA C.C.C. 1092361342 | 1092361342 |

# Carné Digital de Vacunación Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: bcf51322-74d0-43ef-9c88-4575f821bario

| Nombres y apellidos / Full name | Tipo de identificación / ID Type |
|---|---|
| YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ | CÉDULA DE CIUDADANÍA |

| Número de identificación / ID Number | Fecha de nacimiento / Date of birth | País nacimiento / Country of birth |
|---|---|---|
| 1 1 2 7 0 4 5 9 6 8 | 27/10/1994 | COLOMBIA |

| Número de contacto (móvil) / Phone number | Correo electrónico / e-mail |
|---|---|
| 3504240259 | |

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| VPH | Primera | 29 | 10 | 2015 | | J005889 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | |
| TD Adulto | Primera | 09 | 09 | 2019 | | 221500217C | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | YURI LORENA GARCIA MEDINA |
| Fiebre Amarilla | Única | 09 | 09 | 2019 | | P3H591V | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | YURI LORENA GARCIA MEDINA |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 09 | 09 | 2019 | | 0128M411 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | YURI LORENA GARCIA MEDINA |
| COVID PFIZER | Primera | 28 | 04 | 2021 | PFIZER | ET6924 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | MAILETH DEYALIN DURAN SUAREZ |
| COVID PFIZER | Segunda | 20 | 05 | 2021 | PFIZER | ET6924 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | ERIKA ALESSANDRA MARIÑO VELANDIA |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 20 | 10 | 2021 | | V50221005 | VILLA DEL ROSARIO PUESTO DE SALUD SANTA BARBARA | SINDY TATIANA MURIEL MONCADA |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 05 | 12 | 2022 | Green Cross | V50222010 | ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO | CAROLINA CARREÑO |
| TD Adulto | Segunda | 30 | 03 | 2023 | Serum | 2331L027C | CUCUTA NORDVITAL | ROSA ANGARITA |
| VPH Nonavalente Particular | Primera | 01 | 10 | 2024 | | Y006940 | ONCOFEM IPS SAS | BRILLY STEFANY MALDONADO ROJAS - CC1098732005 - ACTIVO |
| VPH Nonavalente Particular | Tercera | 01 | 04 | 2025 | | Y006940 | ONCOFEM IPS SAS | YULYE STEFANY LEAL GARCIA - CC1093770154 - ACTIVO |
| VPH Nonavalente Particular | Segunda | 01 | 04 | 2025 | | y006940 | ONCOFEM IPS SAS | BRILLY MALDONADO |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 28 | 04 | 2025 | | HJ57A2 | CUCUTA I.P.S. CUNDINAMARCA | SONIA ANDREA DURAN |
| Varicela Particular | Primera | 28 | 04 | 2025 | | Y015435 | CUCUTA I.P.S. CUNDINAMARCA | SONIA ANDREA DURAN |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

# Carné Digital de Vacunación Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: bd51322-74d0-43af-9c99-457582f1baab

Nombres y apellidos / Full name: YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ

Tipo de Identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 2 7 0 4 5 9 6 8

Fecha de nacimiento / Date of birth: 27/10/1994

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3504240259

Correo electrónico / e-mail:

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis A Adultos Particular | Primera | 28 | 04 | 2025 | | X045A209 | CUCUTA I.P.S CUNDINAMARCA | SONIA ANDREA DURAN |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 14 | 05 | 2026 | GC BIOPHARMA CORP | V50526002 | VILLA DEL ROSARIO CENTRO DE SALUD LOMITAS | YESENIA DEL PILAR NIÑO GUERRERO - CC1004910633 - ACTIVO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

# Certificación
# Bancaria

Martes, 10 de noviembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YESMIN TAIRI DIAZ MARTINEZ identificado(a) con CC 1127045968, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorros | 82048194369 | 2009-02-20 | Activo | **** |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

YESMIN TAIRI MARTINEZ MARTINEZ identificado con CC. 1127045968 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | E.SE. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 807004631 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/11/13 | **Fecha inicio contrato** | 2026/11/12 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/31 |
| **Riesgo** | 3 | **Código actividad económica** | 3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | - | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de noviembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12112026Y1127045968M24932444.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026034404
628

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**