Departamento del Meta	**ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD**	VERSION 2	Código: FR-RH-71	DEPARTAMENTO DEL META
	DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA VINCULACION PERSONAL DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	FECHA VIGENCIA 2023/01/04	DOCUMENTO CONTROLADO	

NOMBRE: Yenny Esmeralda Gonzalez Pachon CARGO: Apr. Enfermera

N°	DOCUMENTOS		CUMPLE NA	SI	NO
1	Formato Hoja de Vida SIGEP II Y SECOP II			✓	
2	Declaración Juramentada de Bienes Y Rentas.			✓	
3	Fotocopia de la Cedula de Ciudadania Ampliada 150%.			✓	
4	Foto Reciente.			✓	
5	Antecedentes Disciplinarios y Fiscales Vigentes en Original y Actualizado(Contraloria y Procuraduria).			✓	
6	Antecedentes Judiciales (Policía)			✓	
7	Certificado de medidas correctivas			✓	
8	Certificado antecedentes de delitos sexuales			✓	
9	Registro de la Dian *RUT*, Actualizado			✓	
10	Situación Militar Definida		—		
11	Certificación de Cuenta Bancaria.			✓	
12	Certificado Medico de Salud Ocupacional No Mayor A Dos (2) Años. Al personal asistencial un (1) año.			✓	
	Las certificaciones de los cursos deben tener vigencia no mayor a 2 años			✓	
13	Inscripción al RETHUS **(Si Aplica)**.				
14	Atención Integral en Victimas De Violencia Sexual. (Solo para Psicologos)		—		
15	PREGRADO	FOTOCOPIA DEL DIPLOMA		✓	
16		FOTOCOPIA DEL ACTA DE GRADO		✓	
17	Tarjeta Profesional (Solo para profesionales)		—		
18	Antecedentes profesionales del cuerpo colegiado (Solo para profesionales)		—		
19	Certificado de Afiliación: (Salud, Pensión, Cesantias, Arl).			✓	
20	Carpeta Cuatro Aletas Desacificada Color Blanco Con Gancho Plastico			✓	
21	Certificado REDAM "deudores alimentarios morosos"			✓	
22	Pantallazo de búsqueda de sanciones OFAC " https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/ "			✓	
23	Formato Vinculación y/o actualización de contrapartes persona natural SARLAFT/FPADM y declaración de conflictos de interés			✓	
24	Certificado de compromiso de protección de la información			✓	

La **E.S.E Departamental Solución Salud** realizará el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, entre otros) de los datos personales de acuerdo con lo establecido por la Ley y los mandatos judiciales o administrativos, para la vinculación, desempeño de funciones o prestación de servicios, retiro o terminación, independientemente del tipo de relación jurídica entablada, así como por lo dispuesto en las autorizaciones cuando corresponda para cumplir en especial las actividades propias de su función (incluye, entre otros, funcionarios, exfuncionarios, judicantes, practicantes, aspirantes a cargos e hijos de los funcionarios).

En cumplimiento del **DECRETO 1377 DE 2013**, autorizo a la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta, para que verifique la autenticidad y la veracidad de los documentos arriba mencionados y otros relacionada con mi profesión que la empresa crea pertinente.

FIRMA QUIEN RECIBE:_____ FECHA:_____

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, la versión vigente reposara en el aplicativo del SGC

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
Gonzalez	Pachon	Yenny Esmeralda

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1124242627	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 10 MES 01 AÑO 1988	MAZ H CASA 26 CASA URBANIZAICON BARRIO ALFONSO DE LATORRE			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	SAN JUAN DE ARAMA		
MUNICIPIO	SAN JUAN DE ARAMA	TELÉFONO	3202287071	EMAIL	yennyes16@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	11	AÑO	2009

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	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	07	2016	RESOLUCION 18749

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6086817901	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2026	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRA						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 BRR BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 608661410	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRARTIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 37A 28 53 BRR BARZAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDAR JSG			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6636358	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 44N 18 09 BUQUE					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COPRORACION AGROPECUARIA TEC Y SOCIAL FUERZA Y VIDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3132917820	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 39N 20 63 VILLAVCIENCIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COPRORACION CAYENO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3206986528	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2015	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE NEFERMERIA	*DEPENDENCIA* OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CRA 1O BARRIO LA LIBERTAD					

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	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
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

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

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	YENNY ESMERALDA
Apellidos	GONZALEZ PACHON
Fecha de Nacimiento	10/01/1988 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1124242627
Dirección	MZ H CASA 26 URB SAMAN
Código postal	504047
Estrato	1
Ubicación	San Juan De Arama
País	COLOMBIA
Correo electrónico	yennyes16@gmail.com
Teléfono	
Celular	3202287071

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	LA PUKA
SMS para recuperar la contraseña	3202287071

Editar

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	INGRESO	Fecha de publicación	2026-11-06 02:55

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YENNY	ESMERALDA	GONZALEZ	PACHON

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1124242627

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	SAN JUAN DE ARAMA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	SAN JUAN DE ARAMA

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCION SALUD

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO
Dirección	["Calle 37 No. 41 - 80"]				
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	$16.458.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$16.458.000,00

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	$135.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLES Y ENCERES DEL HOGAR	COLOMBIA	META	SAN JUAN DE ARAMA	$16.245.000,00
VIVENDA PROPIA FAMILIAR	COLOMBIA	META	SAN JUAN DE ARAMA	$45.650.000,00

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:

2026
cc 1124142627

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.124.242.627

NUMERO

GONZALEZ PACHON

APELLIDOS

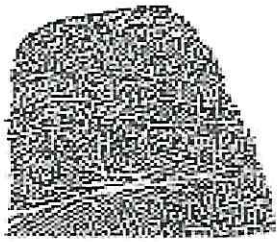
YENNY ESMERALDA

NOMBRES

Yenny Gonzalez pachon

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-1988**

SAN JUAN DE ARAMA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-MAY-2006 SAN JUAN DE ARAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
HERMENEGILDO BENEDITO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-5205800-69151891-F-1124242627-20060413 01490 06256A 02 177054704









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 viernes 06 de noviembre de 2026, a las 11:07:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1124242627
Código de Verificación	11242426272611061107O3

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 306016601

PIB
10:58:00

Bogotá DC, 06 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) YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124242627:

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 Politica 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:23:20 AM horas del 06/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1124242627**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ PACHON YENNY ESMERALDA**

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.

DIJIN

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, 06/11/2026 11:24:09 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1124242627** y Nombre: **YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON.**

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. **132419409** . 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 **11:24:42** horas del **06/11/2026**, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No.**1124242627,** Apellidos y Nombres**GONZALEZ PACHON YENNY ESMERALDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD** con NIT **822006595-1** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141120751133

(415)7707212489984(8020) 000014112075113 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 4 2 4 2 6 2 7	7	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 4 2 4 2 6 2 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	San Juan de Arama 6 8 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	PACHON	YENNY	ESMERALDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	San Juan de Arama 6 8 3

41. Dirección principal
MZ H CA 26 BRR ALFONSO LATORRE

42. Correo electrónico yennyes16@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 4 0 4 7	3 2 0 2 2 8 7 0 7 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5 6 3 0	2 0 2 4 0 5 2 9	9 3 2 9	2 0 2 4 0 5 2 9		9 2 0 0	0 0 1 0	9 3 1 3	

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
4 9																									

53. Código
49 - No responsable de IVA

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

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 GONZALEZ PACHON YENNY ESMERALDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

[redacted]

GRANADA META , 06/11/2026

Bancolombia

Señores:
A QUIEN LE PUEDA INTERESAR
Ciudad

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON** identificado(a) con CC Número **1124242627** a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	FECHA DE APERTURA	Estado
CUENTA AHORROS	367-183527-08	2021/02/10	ACTIVA

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 658 13 65 de Granada o en nuestra sucursal principal ubicada en la carrera 15 15-33 centro.

Atentamente,

BA BOLOMBIA
Granada Of. 367 Granada
Asesor de servicios Nº 157
Cédula Nº 112[illegible]

Ronald García Nieto
Asesor Comercial Móvil
Sucursal 367- Granada

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

VIGILADO

CERTIFICADO DE APTITUD

NERYMAR DELLAN SANCHEZ
MEDICO CIRUJANO – L.U.Z
RM 490327. PPT 4.903.207 de Bogotá
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL – UNAB
Licencia S.O 8605 de Mayo de 2023

Evaluación Médica Ocupacional
Resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la Protección Social).

Fecha
09/11/2026



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa: INDEPENDIENTE
Nombre: YENNY ESMERALDA GONZÁLEZ PACHÓN
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Estado Civil: SOLTERA
Municipio: SAN JUAN DE ARAMA
EPS: CAPITAL SALUD
Nombre Acompañante NO
AFP: NO REFIERE

Fecha de Nac.: 10-01-1988
Documento: C.C. 1124242627
Actividad Economica: INDEPENDIENTE
Dirección: MZ H CASA 16 B EL SAMAN
Teléfono: 3202287071
ARL: N/A
Parentesco: NO
Tipo de Vinculación: Cotizante: ¨ Beneficiario: ¨ Particular: ¨

Edad.: 38 AÑOS
Escolaridad: TECNICO
Genero: FEMENINO
IMC: 29.4 SOBREPESO
Tel: NO

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	09/11/2026	Normal	No

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO-APTO PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural Ejercicio regular 5 veces a la semana, en sesiones de media hora seguir el protocolo de bio-seguridad pausas activas antes de iniciar labores, cada 2 ó 3 horas durante el dia y al terminar la jornada, con una duración de 5 a 10 minutos.

OBSERVACIONES FINALES

El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
N/A		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

SI

CIE-10 Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Las evaluaciones medicas ocupacionales , los examenes paraclinicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Este pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud fisico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes. DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud.

YENNY ESMERALDA GONZÁLEZ PACHÓN
C.C. 1124242627

Nerymar Dellan S.
Médico Especialista en Salud Ocupacional SST
RM 4903207

NERYMAR DELLAN SANCHEZ
Médico Especialista SST Lic 8605
RM 4903207

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 *

1124242627

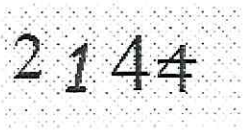
Primer Nombre

YENNY

Primer Apellido

GONZALEZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7514

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-11-06→11:34:16 AM

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1124242627	YENNY	ESMERALDA	GONZALEZ	PACHON	Vigente

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) YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON identificado(a) con CC 1124242627 registra La siguiente información:

2026-11-06→11:34:16 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercer	Acto Administrativo	Entidad Que Expide Acto Administrativo
AUX	Local	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-09-01	18749	GOBERNACION DEL META

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud

República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

Institución de Educación
Para el Trabajo y Desarrollo Humano
Los Andes

Aprobado según Acuerdos N° 079 de 2009 y los 0119, 0120 de Mayo 19 de 2015, emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. y las Resoluciones N° 1853 del 13 de mayo de 2014 por la Secretaria de Educación Municipal de Villavicencio, las 6'544 del 20 de octubre de 2015 6'545 del 15 de octubre de 2015 por la Secretaria de Educación del departamento del meta

Certifica

Yenny Esmeralda González Pachón

Identificado(a) con 1.124.242.627 de SAN JUAN DE ARAMA

El presente certificado de aptitud ocupacional por competencia

Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería

Por haber culminado sus estudios y cumplido los requisitos académicos exigidos por el Ministerio de la Protección Social con una intensidad horaria de 1800 horas

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO Los Andes

LOS ANDES Inst. Edu. DIRECTORA Villavicencio para el trabajo y el desarrollo humano

Lilia Camelo de Mancera
Directora

LOS ANDES Inst. Edu. SECRETARIA

Nubia Stella Parra Rojas
Secretaria

Libro de Registro No E Acta No 27 Folio No 22

No se Requiere Registro, según Decretos No 921 del 06 de Mayo de 1994 Expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 05 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Dado en GRANADA a los 14 días del mes de JULIO de 2016

Acta Individual de Grado

" LOS ANDES "
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
" PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO "

En la ciudad de GRANADA *, a los* 14 *días del mes de* JULIO *del año 201*6 *se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos Directora y Secretaria en la Dirección de : LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO LOS ANDES* ***Aprobada según Acuerdos Nº 079 de 2009,y los 0119,0120 de mayo 19 de 2015,emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.Las Resoluciones Nº 1853 del 13 de mayo de 2014 por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio,las 6544 del 20 de octubre de 2015,6545 del 15 de octubre de 2015 por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta.***

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios Exigidos por el Ministerio de la Proteccion Social se procedió a otorgar el ***CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIA TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,con una intensidad horaria de 1800 horas,*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON
C.C. 1.124.242.627 de SAN JUAN DE ARAMA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 27 *de Fecha* 14 JUL. *de 201*6
y que consta de 85 *alumnos,que comienza con el nombre de :* Aguirre Jimenez Yaridza Alexandra

y se cierra con el nombre de: Zarta García Daniela

Firmada por : LIC .LILIA CAMELO DE MANCERA (Directora) y NUBIA STELLA PARRA

Firmada

LOS ANDES Inst. Edu. DIRECTORA

Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.215.866 de V/cio.
Directora

LOS ANDES Inst. Edu. SECRETARIA

NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.770.467 de V/cio.
Secretaria

Dada en GRANADA *a los* 14 *días del mes de* JULIO *de 201.*6

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

RESOLUCIÓN NÚMERO 18749
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEL META

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, emanado del Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON con cédula de ciudadanía número 1.124.242.627 de San Juan de Arama, solicitó ante esta Secretaría autorización para ejercer como Auxiliar en Enfermería, según Certificado de Técnico Laboral otorgado por Los Andes Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano el 14 de julio de 2016.

Que, revisada la documentación presentada se constató el cumplimiento de los requisitos exigidos para dicho trámite.

Que, en virtud de lo expuesto, este despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Autorizar a YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON con cédula de ciudadanía número 1.124.242.627 de San Juan de Arama, para ejercer como Auxiliar en Enfermería, en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecidos en el Código Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 01 de septiembre de 2016

DELIO HERRERA ORTIZ
Secretario de Salud

Gloria C.

Libertad y Orden

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa
San Juan de Arama

Autorizada por la Secretaria de Educacion del Departamento deel Meta
según Resolución No 4390 de 2008

San Juan de Arama Meta

Confiere

Gonzales Pachon Yenny Esmeralda

Identificado(a) con D.I No 1.124.242.627 de San Juan de Arama

El Titulo de :
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica ,según los planes y programas vigentes ,que lo (a) habilitan plenamente para ingresar al nivel de educación superior

INSTITUCION EDUCATIVA SAN JUAN DE ARAMA

Lic. Luis Pompero Rodriguez Rondón
C.C. No 6.752.420 de Cali
Rector

Leyla Astrid Arias Aristizabal
C.C. No 40.371.718 de Villavicencio
Secretaria Académica

Anotada al Folio No 74 del libro del Registro de Diplomas No 1
Acta General de Graduación No 4C

No requiere registro de la secretaria de Educación ,segun decreto 021 dl 06 de mayo de 1994 y 2150 del 05 de Diciembre de 1995,de la Presidencia de3 la República

Dado en San Juan de Arama Meta, a los 29 dias del mes de Noviembre de 2009

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

09-11-2026 14:28 PM

Número de Radicación | Fecha de Radicación: 09 11 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).*

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Gonzalez	Segundo apellido: Pachon	Primer nombre: Yenny	Segundo nombre: Esmeralda

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
Cedula	1124242627	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	
Colombiano	Colombia	Meta	San Juan de A	10 11 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición
6		Si [ ] No [X]		

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
Si [ ] No [ ]	Nivel / Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1750905	

26. Residencia				
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	
MZ H Casa 26		3202282241	yenny es1626@hotmail.com	yenny es1626@hotmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Meta	San Juan de A		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres completos				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de doc. de identidad	37. Número de doc. de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
Yenny Esmeralda Gonzalez P	CC	1124242627	

59. Ubicación					
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito	
MZ H casa 16 B-El Jardin	3202282241	yenny es1626@hotmail.com	Meta	San Juan de A	

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☑ 14. Movilidad ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Gonzalez	Pachon	Yenny	Esmeralda

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1124242622	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?	10 01 1994

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Salud	09 11 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☑ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	1	☐	☐	☐	☐	☐

Total Anexos 1

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88 Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐ | 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.242.627,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 06 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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 1124242627 **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 12:15 PM

Código Verificación: **62RFWKMBH5**

Válida hasta: **09/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Búsqueda en la lista de sanciones

Lista de Nacionales Especialmente Designados y Personas Bloqueadas ("Lista SDN") y todas las demás listas de sanciones administradas por la OFAC, incluyendo la Lista de Evasores de Sanciones Extranjeros, la Lista de la Ley de Sanciones a Irán No SDN, la Lista de Identificaciones de Sanciones Sectoriales, la Lista de Instituciones Financieras Extranjeras Sujetas a Sanciones de Cuentas Corresponsales o Cuentas Pagaderas a Través de, y la Lista del Consejo Legislativo Palestino No SDN. Dado el número de listas que ahora residen en la herramienta de Búsqueda de Listas de Sanciones, se recomienda encarecidamente que los usuarios presten mucha atención a los códigos de programa asociados con cada registro devuelto. Estos códigos de programa indican cómo debe tratarse una coincidencia real en un valor devuelto. La herramienta de Búsqueda de Listas de Sanciones utiliza la coincidencia aproximada de cadenas para identificar posibles coincidencias entre cadenas de palabras o caracteres ingresadas en la Búsqueda de Listas de Sanciones, y cualquier nombre o componente de nombre tal como aparece en la Lista SDN y/o las diversas otras listas de sanciones. La función de búsqueda en la lista de sanciones incluye una barra deslizante que permite establecer un umbral (es decir, un nivel de confianza) para la similitud de cualquier posible coincidencia obtenida en la búsqueda del usuario. Esta función detectará errores ortográficos u otros textos introducidos incorrectamente y devolverá coincidencias cercanas, según el nivel de confianza establecido por el usuario mediante la barra deslizante. La OFAC no ofrece recomendaciones sobre la idoneidad de ningún nivel de confianza específico. La búsqueda en la lista de sanciones es una herramienta que se ofrece para ayudar a los usuarios a utilizar la Lista SDN y/o las demás listas de sanciones; su uso no sustituye la debida diligencia. El uso de esta función no limita la responsabilidad penal ni civil por ningún acto realizado como resultado de dicho uso o basándose en él.

Descarga la lista SDN

Búsqueda en la lista de sanciones: Reglas de uso

Visite el sitio web de la OFAC

Descargue la lista consolidada de entidades no pertenecientes a la SDN.

Clave de código de programa

Búsqueda

Tipo:	Todos	**Dirección:**	mazana-H casa 26 alfonso la torre
Nombre:	yenny esmeralda gonzalez pacho	**Ciudad:**	SAN JUAN DE ARAMA
Número de identificación / Dirección de moneda digital:	1124242627	**Estado/Provincia:***	META
Programa:	Todos 561-Relacionado BALCANES BALKANS-EO14033	**País:**	Colombia
		Lista:	Todos
Puntuación mínima del nombre:	100		Buscar Restablecer

Resultados de la búsqueda: 0 encontrados

Nombre	Dirección	Tipo	Programa(s)	Lista	Puntuación
Su búsqueda no ha arrojado ningún resultado.					

* Los estados de EE. UU. aparecen abreviados en las listas SDN y Non-SDN. Para buscar un estado específico de EE. UU., utilice la abreviatura de dos letras del Servicio Postal de EE. UU.

Última actualización de la lista SDN: 11/6/2026 14:33:11
Lista de dispositivos no pertenecientes a SDN actualizada por última vez el: 11/4/2026 12:33:06 PM

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 01	Código: FR-RH-98	
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	VIGENCIA 2024/10/25	DOCUMENTO CONTROLADO	META

DATOS DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD:	6/11/2026						
TIPO DE SOLICITUD: (marcar con X)	VINCULACIÓN			ACTUALIZACIÓN			
TIPO DE USUARIO: (marcar con X)	CLIENTE		CONTRATISTA	X	PROVEEDOR		

DATOS BASICOS DE PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
YENNY ESMERALDA	GONZALEZ	PACHON

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (marcar con X)

Cedula ciudadania	X	Pasaporte		Cedula Extranjeria		Otro ¿CUÁL?	

NÚMERO DE IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN
1.124.242.627	10	5	2006	SAN JUAN DE ARAMA META

FECHA DE NACIMIENTO:	10/01/1998	**LUGAR DE NACIMIENTO: (País, departamento y ciudad)**	**SAN JUAN DE ARAMA**

GÉNERO: (marcar con X)	F (Femenino)	X	M (Masculino)	

OCUPACIÓN (marcar con X)

EMPLEADO		PENSIONADO		EMPLEADO CON NEGOCIO	
INDEPENDIENTE	X	RENTISTA		OTRO ¿CUÁL?	

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
ALFONSO LA TORRE URB SAMAN	3202287071	SAN JUAN DE ARAMA	META	yennyes16@gmail.com

NÚMERO DE CELULAR	3202287071

TIPO DE VIVIENDA (marcar con X)

PROPIA	x	FAMILIAR		ARRENDADA	

PERSONAS A CARGO:	DOS (HIJOS)		
VALOR ARRIENDO:	0	GASTOS FAMILIARES:	500.000

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO	DETALLE ACTIVIDAD (Sólo para independientes)

CARGO:	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD	FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN		
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?
DIRECCIÓN:	Calle 37 No 41-80 Barrio Barzal Alto, Villavicencio (Meta	2	3	2026	X		
TELÉFONO:	608 6610200						

SI USTED ES UN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR
Maneja recursos públicos		X	
Ejerce algún grado de poder público		X	
Goza de reconocimiento público		X	

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD
AHORRO	367-183-527-08	BANCOLOMBIA	GRANADA META	4-AÑOS

OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				INDIQUE CUALES:				OTRAS
SI		NO	X	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES		

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

INVERSIONES		TRANSFERENCIAS		OTRAS	¿CUALES OTRAS?	

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL SERVIDOR PÚBLICO_____PROVEEDOR_____ CONTRATISTA_X_ se obliga con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la **Empresa Social del Estado del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizó la siguiente: Declaración de origen de fondos a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.**

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 01	Código: FR-RH-98	
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	VIGENCIA 2024/10/25	DOCUMENTO CONTROLADO	META

Origen:

CONFINDECIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Comprendo y acepto que las bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar cmo SERVIDOR PÚBLICO y/o CONTRATISTA, son de propiedad de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud,** por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al cargo suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co, quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

La **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** o en las que ésta participe directa o indirectamente. Manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud.

Conozco y me comprometo a cumplir con el Código de Ética, Buen Gobierno y Transparencia y todos los lineamientos definidos para la prevención y Administración del Riesgo de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM, declaración y resolución de conflictos de interés, y demás programas orientados a la prevención y gestión del riesgo.

Autorizo a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud,** a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo obrando en nombre propio y en calidad de miembro directivo de la, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

- No he sido declarado responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden económico social y contra el patrimonio económico y no he implicado, ni utilizado a la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud** en la comisión de estos delitos.
- No he sido sancionado con la declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública, que haya implicado la utilización de la entidad

Ni yo, ni ninguno de los miembros inmediatos de mi familia hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante), tenemos intereses privados que puedan entrar en conflicto con mis obligaciones para con la **Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud".**

En el caso de que una o varias de las situaciones anteriormente mencionadas cambien, es mi deber personal, informar con oportunidad el hecho acontecido para así tomar las medidas pertinentes con base en los marcos normativos vigentes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Declaro de forma libre y voluntaria mis conflictos de interés y me comprometo a realizar la actualización de esta información de acuerdo con lo requerido por el Código de Integridad, Ética y Buen Gobierno. En caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera oportuna a la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud". Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

¿En la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" laboran o prestan servicios de cualquier índole algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante)?	SI		NO	X

Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	No. de identificación	Cargo

¿Es dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" ?	SI		NO	X

NIT	Razón social/ Nombre de la empresa	Tipo de vinculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado)

¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) que sea socio o accionista con más de treinta por ciento (30%) de participación en una empresa o que tenga el control de la misma y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?	SI		NO	X

Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo		No. de identificación	Razón social / Nombre de la empresa	% de participación

¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, directivos y funcionarios de la **Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud",** o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la **Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud"?**	SI		NO	X

Por favor amplie la información:

¿Ha usado su posición como directivo de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" , así como la reputación y logos de la entidad con el fin de obtener beneficios, para usted o terceros?	SI		NO	X

Por favor amplie la información:

¿Ha revelado algún tipo de información privada, semiprivada o sensible de la Empresa Social del Departamento del Meta E.S.E "Solución Salud" a la que tenga acceso en el ejercicio de sus actividades, para beneficio personal, de algún familiar cercano o de un tercero? (Ley 1581/2012)?	SI		NO	X

Por favor amplie la información:

FIRMA Y HUELLA



	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 01	Código: FR-RH-98	META
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONA NATURAL SARLAFT/FPADM Y DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	VIGENCIA 2024/10/25	DOCUMENTO CONTROLADO	

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento

FIRMA



HUELLA

CAMPO EXCLUSIVO PARA VALIDACIÓN POR EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN						DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN
Fecha:	DD	MM	AAAA	Hora:		OBSERVACIONES:
Nombre:						
Cargo:						
Firma:						

En caso de diligenciamiento electrónico:

Declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

HUELLA

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS NATURAL: Se anexarán los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo con el tipo de relación o vínculo con la entidad.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION

Resultado de verificación de datos:

	FECHA :	HORA:

*VoBo. Oficina Jurídica*_____

*VoBo. Planeación (Calidad)*_____

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo **YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON**, identificado con la cédula No. **1.124.242.627** me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide el, 06 NOVIEMBRE de 2026

Firma

YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON

C.C. 1.124.242.627

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

YENNY ESMERALDA GONZALEZ PACHON identificado con CC. 1124242627 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION		
Tipo y Numero de Documento	NI - 822006595		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/11/19	**Fecha inicio contrato**	2026/11/18
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/29
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	2026/12/29	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 18 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: **CC18112026N1124242627A25071159.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026034544989

Cordialmente,

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