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: Yennyfer Sierra Amortegui CARGO: Aux. Enfermería

N°	DOCUMENTOS		CUMPLE NA	CUMPLE SI	CUMPLE 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
SIERRA	AMORTEGUI	YENNYFER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1120353692	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 10 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO GRANADA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14 19 54 BRR LA ESPERANZA

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO SAN JUAN DE ARAMA

TELÉFONO 3219970865 EMAIL yenifersierra6@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2005

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	08	2008	

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 60817901	*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* ADMINIATRATIVA						*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 6086610200	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA"						*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80 BRR BARZAL ALTO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 608662730	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AMDINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 37 41 80 BRR EL BARZAL ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6536107	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ´PROGRAMAS SOCIALES						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 25 BRR CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN JUAN DE ARAMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* SAN JUAN DE ARAMA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	06	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA, DESARROLLO SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 25 BRR CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD NUEVA EPS - ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3202739237	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	18	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXULIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CALLE 15 10 98 CAMILO TORRES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COVICOL COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3228488197	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 15 12 4 BARRIO EL CANEY GRANADA META					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVISOCIAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3142035066	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2009	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXIIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENEFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 15 12 04 BARRIO EL CANEY					

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*					

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	8	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 _____

Yennyfer Sierra.

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

Cancelar

Información del usuario



Cambiar foto

género Mujer *

Carga AUXILIAR DE ENFERMERIA

título Sra.

Nombres YENNYFER *

Apelidos SIERRA AMORTEGUI *

Fecha de nacimiento 1/10/1986 *

nombre y apellido YENNYFER SIERRA AMORTEGUI

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía *

Número de documento 1120353692 *

dirección CRA 14 No.19-54 BRR LA ESPERANZA

codigo postal 504047

estrato 1 *

Ubicación San Juan De Arama

País COLOMBIA *

Correo electrónico yenyfersierra6@gmail.com *

No se debe relacionar grupos de distribución en estos correos

Validación de correo electrónico yenyfersierra6@gmail.com *

Teléfono 3126367653

celular 3219970865 *

Nivel Educativo CompletoTécnicoOTecnológico *

configuración

Usar configuración predeterminada ☐

zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito *

Idioma Español (Colombia) *

configuracion regional Español (Colombia) *

Ejemplo de configuración regional seleccionada

Formato de fecha y hora 05/06/2024 23:20

Formato de número 9999.999.999,999

Seguridad de la información

¿Cuál es su número de teléfono? *

pregunta de seguridad		
respuesta	3219970865	*
SMS para recuperar la contraseña	3219970865	*

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 02:02

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YENNYFER		SIERRA	AMORTEGUI

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1120353692

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA | Departamento: META | Municipio: GRANADA

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	$24.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$24.200.000,00

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	$325.600,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLES Y ENCERES DEL HOGAR	COLOMBIA	META	SAN JUAN DE ARAMA	$15.465.000,00

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:

Yennyfer Sierra 2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

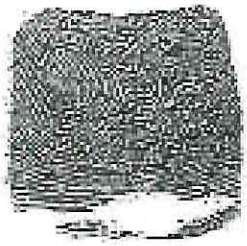
NUMERO 1.120.353.692



SIERRA AMORTEGUI
APELLIDOS

YENNYFER
NOMBRES

Yennifer Sierra.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1986

GRANADA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-OCT-2004 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-5203500-69132301-F-1120353692-20041207 05765 04341N 02 151636653







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 6 de noviebre de 2026, a las 11:11:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1120353692
Código de Verificación	112035369226011315 1723

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288472442

PIB
11:19:09

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) YENNYFER SIERRA AMORTEGUI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1120353692:

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

Carlos William Rodríguez Millán
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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:15:10 AM horas del 06/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1120353692**
Apellidos y Nombres: **SIERRA AMORTEGUI YENNYFER**

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 11:10:24 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1120353692** y Nombre: **YENNYFER SIERRA AMORTEGUI.**

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. **132419522** . 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 **11:06:10** horas del **06/11/2026**, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1120353692,** Apellidos y Nombres **SIERRA AMORTEGUI YENNYFER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Empresa Social del Estado (ESE) del DPTAL**, con NIT **892099324-3** 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.

© 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 14908870228

(415)7707212489984(8020) 000001490887022 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 0 3 5 3 6 9 2	8	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 0 3 5 3 6 9 2

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SIERRA	AMORTEGUI	YENNYFER	

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: CR 14 19 54 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: yenyfersierra6@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 4 0 4 7	3 2 1 9 9 7 0 8 6 5	3 1 1 5 5 8 8 3 8 6

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 1 0	2 0 0 9 0 1 1 4	8 2 9 9	2 0 0 9 0 1 1 4			5 1 3 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

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 SIERRA AMORTEGUI YENNYFER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación

Bancaria

Viernes, 06 de noviembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YENNYFER SIERRA AMORTEGUI identificado(a) con CC 1120353692, 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	36769961512	2024-07-19	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 correososospechoso@bancolombia.com.co

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: YENNYFER SIERRA AMORTEGUI
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Estado Civil: SOLTERA
Municipio: SAN JUAN DE ARAMA
EPS: NUEVA EPS
Nombre Acompañante NO
AFP: NO REFIERE

Fecha de Nac.: 1/10/1986 **Edad.:** 40 AÑOS
Documento: C.C. 1120353692 **Escolaridad:** TECNICO
Actividad Economica: INDEPENDIENTE **Genero:** FEMENINO
Dirección: BARRIO LA ESPERANZA CARRERA 14#19-54
Teléfono: 3219970865 **IMC:** 31.6 OBESIDAD
ARL: N/A
Parentesco: NO **Tel:** NO
Tipo de Vinculación: Cotizante: " Beneficiario: " Particular: "

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 día 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. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico 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 indole 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. DECLARACION 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.

Yennyfer Sierra A.

YENNYFER SIERRA AMORTEGUI
C.C. 1120353692

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

NERYMAR DELLAN SANCHEZ
Médico Especialista SST Lic 8605
RM 4903207

Powered by CamScanner

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 *

1120353692

Primer Nombre

YENNYFER

Primer Apellido

SIERRA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2196

Limpiar

Resultado General -2026-11-06→11:38:36 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificació
CC	1120353692	YENNYFER		SIERRA	AMORTEGUI	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) YENNYFER SIERRA AMORTEGUI identificado(a) con CC 1120353692 registra La siguiente información:

2026-11-06→11:38:36 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	2008-09-23	8937	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

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE LA

CORPORACIÓN NACIONAL DE LOS LLANOS

"CORPOESNALL"

VILLAVICENCIO - MEYA

ENTIDAD DE EDUCACIÓN PARA EL

TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO - Ley 1064/2006

CON LICENCIA DE APROBACIÓN No. 0445 DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE VILLAVICENCIO

Y ACUERDO 034 DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

CONFIERE EL CERTIFICADO DE

Auxiliar de Enfermería

A

Yennyfer Sierra Amórtegui

IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.020.353.693 DE Granada

Por haber cursado y Aprobado el Programa de Auxiliar de Enfermería, con una Intensidad Total de 1800 horas. Decreto 114 de 1996

DIRECTORA ACADEMICA

COORDINADORA ACADÉMICA

DIRECTOR EJECUTIVO

ACTA DE CERTIFICACION

Registro al folio No. 22 LR 1 De esta entidad

En Villavicencio a los 23 días del mes 08 de 2008

Acta de Grado

Institucion Educativa
San Juan de Arama
San Juan de Arama - Meta

En la ciudad de San Juan de Arama, a los 02 dias del mes de Diciembre del año 2005 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado. Los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del ***LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN JUAN DE ARAMA Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por Secretaria de Educación del Departamento del Meta*** *para otorgar el Título de* ***BACHILLER MODALIDAD ACADEMICA***
Según Resolución No. 2023 del 13 de Diciembre de 2002

Comprobada la situación Legal y Académica, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el ***TITULO DE BACHILLER ACADEMICO*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

SIERRA AMORTEGUI YENNIFFER
C.C. No. 1.120.353.692 de Granada (Meta)

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. de fecha 02 de Diciembre de 2005 que consta de 42 alumnos que comienza con el nombre de ***ARDILA CHAVEZ FERNANDO*** *y se cierra con el nombre de* ***VERA URIBE BLANCA NATHALY***
firmado por: Lic. FELIPE NERY PALACIOS (Rector) y
Secretaria

Dada en San Juan de Arama, a los 02 dias del mes de Diciembre de 2005

Lic. FELIPE NERY PALACIOS
Rector
C.C. No. 11794504 Chiribdo

Secretario (a)
C.C. No. 40.371.718 VICIC

diplo1@ser...

GOBERNACIÓN DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carnet de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



YENNYFER
SIERRA AMORTEGUI
C.C. 1.120.353.692
Registro No 50-8937 META

AUXILIAR DE ENFERMERIA

www.systemcard.com.co

"La jefe del Departamento de Seguridad Social; Inspección, Vigilancia y Control hace constar que el portador de este carné cumplió con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA DE EXPEDICION
SEPTIEMBRE 2008

Secretaria Seccional de Salud

Meta

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 50 8937
Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994 y Resolución 0285/99 de Minsalud y Resolución 0008/04 de la Secretaría Seccional de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que YENNYFER SIERRA AMORTEGUI, con cédula de ciudadanía número 1.120 353.692 de Granada, solicitó ante esta Secretaria de Salud autorización para ejercer como Auxiliar de Enfermería, según certificado otorgado por la Corporación Nacional de los Llanos el 23 de agosto de 2008.

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 YENNYFER SIERRA AMORTEGUI, con cédula de ciudadanía número 1.120.353.692 de Granada, para ejercer como Auxiliar de Enfermería en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, 23 de septiembre de 2008

ROSARIO NEIRA MONTAÑEZ
Jefe Oficina de Seguridad Social,
Inspección, Vigilancia y Control.

Gloria C.

Calle 37 No. 41 – 80 Barrio Barzal Alto
Teléfono(s) 6726554 – 6702852 – 6702814

Digitized by CamScanner

HOJA DE VIDA

La República de Colombia

y en su nombre

Institución Educativa San Juan de Arama

San Juan de Arama - Meta

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta según Resolución N. 2023 del 13 de Diciembre de 2002

Confiere a:

Yennifer Sierra Amortegui

Identificado con D.A. 1.120.353.692 de Granada

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Art. 28 Ley 115 del 94) según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Libro de Registro Nº 1

Acta Nº 001 Folio Nº 17

No se requiere registro, según Decretos Nº [illegible] del [illegible] de Mayo de 1.[illegible] expedido por el Ministerio de Educación Nacional y [illegible] del [illegible] de Diciembre de 1.[illegible] de la Presidencia de la República.

Dado en San Juan de Arama - Meta a los 02 días de Diciembre del 2005

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YENNYFER SIERRA AMORTEGUI identificado(a) con CC 1120353692 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/04/2019

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **MULTISALUD SAS EL BELEN**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes 11 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	YENNYFER SIERRA AMORTEGUI
IDENTIFICACIÓN:	CC-1120353692
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-10-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-11-24
FECHA DE PAGO:	2026-10-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-10
PERÍODO SALUD:	2026-10
NÚMERO PLANILLA:	39136930
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	39136930
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/12/2026

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YENNYFER SIERRA AMORTEGUI** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1120353692**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de noviembre de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

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 1120353692 **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 12:26 PM

Código Verificación: **JGR2KS6LQ8**

Válida hasta: **09/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

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 del programa

Buscar

Tipo:	Todo	**DIRECCIÓN:**	14 No.19-54 BRR LA ESPETANZ
Nombre:	YENNIYFER SIERRA AMORTEG	**Ciudad:**	SAN JUAN DE ARAMA
Número de identificación / Dirección de moneda digital:	1120353692	**Estado/Provincia:***	META COLOMBIA
Programa:	Todo 561-Relacionado BALCANES BALCANES-EO14033	**País:**	Todo
		Lista:	Todo
Puntuación mínima del nombre:	100		Reiniciar búsqueda

Resultados de la búsqueda: 0 encontrados

Nombre	DIRECCIÓN	Tipo	Programa(s)	Lista	Puntaje
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

Powered by CamScanner

	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	GOBERNACIÓN DEL 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
YENNYFER	SIERRA	AMORTEGUI

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
1120353692	1	10	2004	GRANADA META

FECHA DE NACIMIENTO:	1/11/2003	**LUGAR DE NACIMIENTO: (Pais, 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
LA LIBERTAD	3219970865	SAN JUAN DE ARAMA	META	yenyfersierra6@gmail.com

NÚMERO DE CELULAR	3143875512

TIPO DE VIVIENDA (marcar con X)

PROPIA		FAMILIAR	X	ARRENDADA	
PERSONAS A CARGO:	UNA (HIJA)				
VALOR ARRIENDO:	0	GASTOS FAMILIARES:	854000		

INFORMACIÓN LABORAL

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

		FECHA DE INGRESO			TIPO DE VINCULACIÓN		
CARGO:	AXILIAR DE ENFERMERIA ESE DPTAL SOLUCION SALUD	dd	mm	aaaa	FIJO	INDEFINIDO	OTRO ¿Cuál?
CIUDAD:	VILLAVICENCIO META	2	3	2026	X		
DIRECCIÓN:	Calle 37 No 41-80, Barzal Alto,						
TELÉFONO:	3214031427						

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	36769961512	BANCOLOMBIA	GRANADA META	3-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):

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

Vinculo 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)

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

¿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

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

Yennyfer Sierra 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, YENNYFER SIERRA AMORTEGUI identificada con C.C. No.1.120.353.692 de Granada Meta, obrando en nombre propio 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 a los 6 días del mes de noviembre del año 2026.

Yennyfer Sierra
YENNYFER SIERRA AMORTEGUI
C.C. No.1.120.353.692 de Granada Meta

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

YENNYFER SIERRA AMORTEGUI identificado con CC. 1120353692 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: **CC18112026N1120353692A25069693.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026034543467

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.