| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche | **LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL** | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIMA REVISION:04/03/2022<br>PAGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

NOMBRE DEL ASPIRANTE: YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ CEDULA DE CIUDADANÍA N° 1118846476

PROFESION: ENFERMERA PROFESIONAL

| **LISTA DE CHEQUEO DE HOJAS DE VIDA PARA INGRESO NUEVOS CONTRATISTAS – OPS** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ENTREGAR DOCUMENTOS EN CARPETA 4 ALETAS BLANCA (PROPALCOTE) TAMAÑO OFICIO, EN EL SIGUIENTE ORDEN:** | | **SI** | **NO** | **N/A** |
| **1** | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | | |
| **2** | Lista de Chequeo de Ingresos de Contratista (Entregado Por el área de supervisión) | | | |
| **3** | Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php** | | | |
| **4** | Propuesta de Servicios | | | |
| **5** | Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | | |
| **6** | Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | | |
| **7** | Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | | |
| **8** | Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**) | | | |
| **9** | Cedula de Ciudadanía | | | |
| **10** | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | | |
| **11** | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | | |
| **12** | RUT - Registro Único Tributario | | | |
| **13** | Hoja de Vida — Función publica | | | |
| **14** | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)** | | | |
| **15** | Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**). | | | |
| **16** | Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | | |
| **17** | Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**) | | | |
| **18** | Tarjeta Profesional | | | |
| **19** | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | | |
| **20** | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | | |
| **21** | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**. | | | |
| **22** | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | | |
| **23** | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | | |
| **24** | Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | | |
| **25** | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*. | | | |
| **26** | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | | |
| **27** | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.* | | | |
| **28** | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | | |
| **29** | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | | |
| **30** | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | | |
| **31** | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia) | | | |
| **32** | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)** | | | |
| **33** | Soporte de experiencia laboral. | | | |
| **34** | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | | | |
| **35** | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**) | | | |
| **36** | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | | | |
| **37** | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | | | |
| **38** | Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días) | | | |
| **39** | Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx | | | |

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna.

Los documentos deberán ser entregados en una carpeta 4 aletas de color blanca tamaño oficio, en el orden de la Lista arriba descrita, sin grapas, ni perforación alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de:

_____

SIJI

Pantalla Principal

persona natural

Persona Jurídica

Ingreso numero de identificacion

Verificar registro

Has buscado el numero de identificacion: **1118846476 resultados**

encontrados:

| # | No Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | primer nombre | segundo nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1118846476 | ALMANZA | MUÃ'OZ | YULEIDY | ASTRID | 2022-07-16, 17:15 |

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

Santa Marta 16 - 07-2022

Dr.

**LUIS OSCAR GALVES MATEUS**

Gerente

E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo.

A solicitud de su respetada institución, Yo YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ. identificada con la C.C.: 1.118.846.476 de Riohacha. Por medio de la presente muy respetuosamente me permito presentarle mi propuesta para prestar mis servicios como ENFERMERA, en el AREA DE hospitalización para laborar en la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Agradeciendo su atención a la presente,

Atentamente,

Yuleidy Almanza M.

**YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ**

CC: 1.118.846.476 de Riohacha

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 200795095

WEB
14:08:17


Bogotá DC, 16 de julio del 2022

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) YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1118846476:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

**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.**

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 sábado 16 de julio de 2022, a las 14:11:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1118846476 |
| Código de Verificación | 1118846476220716141130 |

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 02:30:19 PM horas del 16/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1118846476**

Apellidos y Nombres: **ALMANZA MUÑOZ YULEIDY ASTRID**

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

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

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

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

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

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



Todos los derechos reservados.

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, 16/07/2022 03:33:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1118846476** y Nombre: **YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ.**

## 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. **37248757** . 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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.846.476**

**ALMANZA MUÑOZ**

APELLIDOS

**YULEIDY ASTRID**

NOMBRES

Yuleidy Almanza M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1993**

**PEDRAZA**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.54** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**F** SEXO

**22-JUN-2011 RIOHACHA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

P-4800100-00316017-F-1118846476-20110725 **00275**22789A 1 37062396

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14634381666

(415)7707212489984(8020) 000001463438166 6

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

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALMANZA | MUÑOZ | YULEIDY | ASTRID |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal: C L 46 64 59

42. Correo electrónico: yuleidyastrid25@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 6 3 1 9 4 9 2 | |

## 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 |
| 0 0 8 1 | 2 0 1 7 0 7 1 2 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

## Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 07 - 07

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ALMANZA MUÑOZ YULEIDY ASTRID
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| | | |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.118.846.476

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 25 MES 03 AÑO 1993

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Pedraza

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3206319492 EMAIL yuleidyastrid25@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2009 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 4 | X | | Enfermera Profesional | 07 | 2016 | 1.118.846.476 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica santa sofia del Pacifico B/tura | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Valle del Cauca | Buenaventura | analistagestionhumana@solaser.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3233666653 | DÍA 25 MES 08 AÑO 2017 | DÍA 15 MES 11 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera | | calle 46 A Nº 14-46 B/ventura |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clinica Anashiwaya IPS (ACU) | | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| La Guajira | Riohacha | agmsaludcta@hotmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7288463 | DÍA 20 MES 08 AÑO 2019 | DÍA 19 MES 07 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Enfermera. | | calle 18 - Nº 11A - 19 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| Enfermera Jefe | | 3 meses |
| Enfermera Jefe | 1 año | |
| Enfermera Jefe | | 7 meses |
| | | |

## 5 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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Yuleidy Almanza M.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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.

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

República de Colombia

Institución Educativa

# Técnico Agropecuaria y Ecológica "José Dadul"

Del Corregimiento de Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena
Reconocida Oficialmente por la Secretaría de la Educación del Departamento del Magdalena
Según Decreto No. 463 del 20 de diciembre de 2002

## Confiere a:

## Yuleidis Astrid Almanza Muñoz

**TI No. 93032529974 de Pedraza (Magdalena)**

El Título de

# Bachiller Técnico

## Especialidad : Agropecuaria y Ecológica

**Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.**

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO AGROPECUARIA Y ECOLOGICA "JOSE DADUL" RECTORIA

Rector

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO AGROPECUARIA Y ECOLOGICA "JOSE DADUL" SECRETARIA

Secretario (a)

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO AGROPECUARIA Y ECOLÓGICA "JOSÉ DADUL" EDUCACIÓN CIENCIA PROGRESO BAHÍA HONDA - MAGDALENA

Anotado en el libro de Registro de Diploma

Tomo 002 Folio 012 No. 018

Dado en Bahía Honda, a los 22 días del mes de Diciembre de 2009

# ACTA DE GRADO

## Institución Educativa
## Técnico Agropecuaria y Ecológica
## "José Dadul"

Reconocida Oficialmente por la Secretaría de la Educación del Departamento del Magdalena
según Resolución No. 463 del 20 de Diciembre de 2002
**Corregimiento de Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena**

En el Corregimiento de Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena, a los veintidos (22) días del mes de Diciembre del 2009, se reunieron los suscritos: Director, Coordinadores y Docentes de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO AGROPECUARIA Y ECOLÓGICA "JOSÉ DADUL", con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de undécimo grado (11º), en la modalidad técnica.
Esta es una institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Básica y Media, según Resolución No. 463 del 20 de diciembre de 2002 y reconocida Oficialmente por la Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena para otorgar el título de BACHILLER TÉCNICO en la especialidad AGROPECUARIA Y ECOLOGICA.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER TÉCNICO** en la especialidad **AGROPECUARIA Y ECOLOGICA**, el número de orden, nombres, apellidos y número de documento de los alumnos se relaciona a continuación.

**No. 36 Yuleidis Astrid Almanza Muñoz**
**TI No. 93032529974 Expedida en Pedraza (Magdalena)**

Es fiel copia tomada del Acta original No. 010 de fecha **Diciembre 22 de 2009** que consta de 36 alumnos graduados, comienza con el nombre de **Esilda Rosa Santana Blanco** y se cierra con el nombre de **Yuleidis Astrid Almanza Muñoz.**

En constancia se firma y sella la presente acta por quienes en ella intervinieron, en Bahía Honda, Municipio de Pedraza - Magdalena a los (22) veintidos días del mes de Diciembre de 2009.

Rector

Secretario (a)

EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

## YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

C.C.No. 1.118.846.476 de Riohacha

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS
PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL
LE OTORGA EL TÍTULO DE

## ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

Mª Claudia Vega Vásquez
DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 8 DEL LIBRO 2

NÚMERO DE REGISTRO E - 2615

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS

29 DÍAS DEL MES Julio DEL AÑO 2016

13044
THOMAS GREG & SONS.

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.118.846.476, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los siete (7) días del mes de marzo año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA**
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

**ENFERMERA**

**YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ**
C.C. 1.118.846.476

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
Barranquilla

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-07-29
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2016-08-26



5270

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

**Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.**

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

Yuleidy Almanza Muñoz

FIRMA DEL PROFESIONAL

**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA - OCE -**
**REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA – RETHUS**
**RETHUS – LEY 1164 DE 2007**

Bogotá, D.C.,

Apreciada (o) Colega:

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo. Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones, La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

**CAROLINA PRADA MORENO.**
Presidenta.

**CECILIA VARGAS GONZALEZ.**
Secretaria General.

*Cra. 28 No. 46-97 Celular 3219282407 –3167598693 Tel: 4575358*
*Email:oce@oceinfo.org.co*
*Bogotá D.C*

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

Sabanasalud Sahagún S.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 2003

# CERTIFICA QUE

## YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

## CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

## MANEJO INTEGRAL EN SALUD DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

## Actualización del curso de 20 horas

*Dado en Sincelejo (Sucre) a los 14 días del mes de julio de 2022*

*Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal*

HADER TOVIO CORREA
Psicólogo - Instructor

LISETH MIRANDA
J. Enf - Instructora

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
R. Legal de Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3015101495

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT: 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

Sabanasalud Sahagún S.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823 004 513 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 2003

# CERTIFICA QUE

## YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

## CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

# SOPORTE VITAL BASICO

# B.L.S

## Actualización del curso de 20 horas

*Dado en Sincelejo (Sucre) a los 13 días del mes de julio de 2022*

*Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal*

TULIA BARBOZA
Enf. Instructor

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep . Legal - F. Convivencia

DARIO BENITEZ RODRIGUEZ
Director Protalenthu

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 2005

# CERTIFICA QUE

## YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

## CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

# SOPORTE VITAL AVANZADO

# A.C.L.S

## Actualización del curso de 20 horas

*Dado en Sincelejo (Sucre) a los 12 días del mes de julio de 2022*

*Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal*

DUVER CEPEDA
Medico Esp. Urgencia y Cuidado Critico

LISETH MIRANDA
J. Enf - Instructora

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep. Legal - Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

+573015101496

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

Sabanasalud Sahagún S.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 2005

# CERTIFICA QUE

## YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

## CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

## MANEJO DEL PROCESO DE DUELO E INTERVENCION EN CRISIS

Actualización del curso de 20 horas

*Dado en Sincelejo (Sucre) a los 15 días del mes de julio de 2022*

*Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal*

DUVER CEPEDA
Gerente - Esp. Urgencia y Cuidado Cronico

HADER TOVIO CORREA
Psicologo - Instructor

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
R. Legal-Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3015101495

FUNDACION CONVIVENCIA
NIT 900075671 - 9
"AL SERVICIO DE LAS COMUNIDADES"

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT 900398151-7

PRO TALENTHU
CORPORACION PARA EL DESARROLLO EMPRESARIAL Y DEL TALENTO HUMANO " PROTALENTHU
NIT 823.004.513 - 0
PERSONERIA JURIDICA No. 1780 - 200

# CERTIFICA QUE

## YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

## CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

# ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

## Actualización del curso de 20 horas

*Dado en Sincelejo (Sucre) a los 16 días del mes de julio de 2022*

*Decreto 2888 del 2007 y 4904 del 2007, del Ministerio de Educación Nacional - Educación informal*

HADER TOVIO CORREA
Psicologo - Instructor

WILSON HANDAM
J. Enf - Instructor
T.P 0601

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep. Legal F, Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3015101495



**DR. CARLOS CAMPO RIOS - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**
**CALLE 22 No.14 - 70 CEL. 310 6322318 SANTA MARTA - E-mail: carloscamporios@gmail.com**

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** Hospital Julio Mendez B **FECHA:** 16-10-2020

**TIPO DE VALORACIÓN - CERTIFICADO MEDICO LABORAL**

Ingreso [X] Periodo [ ] Egreso [ ]

**TRABAJADOR** Yuleidy Astrid Almanza Muñoz **C.C.**

**CARGO** Enfermera Jefe **SEXO:** Femenino **EDAD:** 27 **AÑOS**

**INFORME:** CC 1118846476

| EXAMEN | | NC | LABORATORIOS | C | NC |
|---|---|---|---|---|---|
| Md Osteomus cular | [X] | | ASINTOMATICO | | |
| Visiometria | [X] | | ASINTOMATICO | | |
| Espirometria | [ ] | | | | |
| Audiometria | [X] | | | | |
| Laboratorios | [ ] | | ASINTOMATICO | | |

**RESULTADO DE ELABORACIÓN MEDICA DE INGRESO**

Apto para el cargo [X] Sin patología aparente [X] Con patología aparente [ ]

Apto con restricción [ ] Motivo _____

Aplazado [ ] Motivo _____

No Apto: [ ] Motivo _____

Recomendaciones especificas: SANO CLINICAMENTE

**EXAMEN PERIODICO**

Puede continuar su labor [ ] Recomendación _____

Se sugiere reubicación laboral [ ] Temporal [ ] Permanente [ ] Reasignar tareas [ ]

**CERTIFICADO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Apto para trabajar en alturas [ ] No apto para trabajar en altura [ ] Aplazado para alturas [ ]

**EXAMEN DE EGRESO**

Satisfatorio [ ] No Satisfactorio [ ] Motivo _____

Sospecha de enfermedad Profesional: si [ ] no [ ]

**RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL**

**Medicas**

Remisión a EPS [ ]

Continuar manejo médico [ ]

Remisión a ARP [ ]

Citología Vaginal [ ]

**Ocupacional**

Uso de EPP [ ]
Ingreso al SVE [ ]
Carga física [ ]
Ruido [ ]
Radiologico [ ]
Psicolaboral [ ]
Otro [ ]

Visual [ ]
Biológico [ ]
Radiaciones [ ]
Cardiovascular [ ]

**Hábitos y estilos de vida saludable**

Inicio de actividad física [ ]
Dejar de fumar [ ]
Reducir el consumo de alcohol [ ]
Control del peso [ ]
Otro [ ]

Certifico no he omitido información de mi estado de salud. Todo puede ser confirmado y verificado

CARLOS CAMPO MDSO RM769.

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE:** | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" |
| **CONTRATISTA:** | YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ |
| **Nº. DOCUMENTO DE DENTIDAD:** | 1.118.846.476 DE RIOHACHA (LA GUAJIRA) |
| **OBJETO:** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA TODA LA POBLACION USUARIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| **VALOR:** | DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($10.400.000) |
| **TERMINO DE EJECUCIÒN:** | A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2022 HASTA EL 31 DE JULIO DE 2022 |
| **SUPERVISOR:** | UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA |

Entre los suscritos, **LUIS OSCAR GALVES MATEUS,** Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 71.663.944 de Medellín (Antioquia), domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, en su calidad de Agente Especial – Interventor, designado mediante Resolución número 002304 del 11 de mayo del 2020, por la cual se Ordena La Toma De Posesión Inmediata De Los Bienes, Haberes Y Negocios Y La Intervención Forzosa Administrativa Para Administrar la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** y la Resolución número 005493 del 10 de mayo del 2021, por la cual se Prorroga La Medida De Intervención Forzosa Administrativa, obrando en nombre y representación legal de la EMPRESA **SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** identificada con Nit. 891.780.185 - 2, creada mediante Decreto No 377 del 23 de Diciembre de 2005, debidamente facultado para contratar de conformidad con el Acuerdo 009 de 2015, sus normas reglamentarias y modificatorias, quien para efectos del presente contrato de prestación de servicios se denominará **EL HOSPITAL,,** por una parte, y por la otra, **YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ,** igualmente mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, identificado con C.C Nº **1.118.846.476** expedida en la ciudad de **RIOHACHA (LA GUAJIRA)**, quien para efectos del presente contrato de prestación de servicios se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios de conformidad con lo previsto en el Manual de Contratación de la entidad, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO:** El objeto del presente contrato es ***"PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA TODA LA POBLACION USUARIA DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE."***, en los términos, condiciones y especificaciones contenidas en el estudio de necesidad, el cual hace parte integral del presente contrato. **CLAUSULA SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES:** Es entendido que, por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades para el desarrollo eficiente de las obligaciones pactadas y que, en tal virtud, se imponen unas cargas que buscan poner en práctica tales actividades, de parte del **CONTRATISTA**, en tal virtud: **I. El CONTRATISTA** se obliga a: **1)** Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el supervisor del contrato. **2)** Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, las cuales hacen parte **INTEGRAL** del presente contrato, cuyo contenido conoce a cabalidad el **CONTRATISTA. 3)** Garantizar que en la prestación del servicio cumpla estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por **EL HOSPITAL. 4).** Aportar al **HOSPITAL** la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los de más que le sean solicitados. **5).** Portar y usar sus EPI (Elementos de protección Individual) para realizar el servicio contratado y atender las recomendaciones en materia de salud ocupacional y seguridad industrial que efectúe el **HOSPITAL. 6)** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S)**, (salud, pensión, ARL) respectivamente. **7) El CONTRATISTA** se compromete a cumplir la política de fomento, protección y apoyo de la Lactancia Materna, en concordancia con lo establecido en la estrategia institución amiga de la Mujer y la Infancia IAMI. Integral y Banco de Leche Humana **8)** El **CONTRATISTA** se compromete a responder por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación de servicios realizados, por lo que los mismos quedaran a cargo del

VIGILADO Supersalud

coordinador, administrador o **CONTRATISTA** y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato. **9)** El valor cobrado dependerá de los servicios prestados por parte del **CONTRATISTA** y verificados por el supervisor del contrato. **10)** Asistir de manera obligatoria a todas las capacitaciones y jornadas académicas que programe el **HOSPITAL** en Pro del mejoramiento continuo de los procesos y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad. **11) El CONTRATISTA** manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestará sus servicios tales como seguridad en el paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad, entre otros, los cuales se compromete al cumplimiento de los mismos. **12) TECNOVIGILANCIA: EL CONTRATISTA** asumirá la responsabilidad de reportar al área de calidad del **HOSPITAL,** cualquier evento adverso (suceso médico no deseado que ocurra a un paciente) y que no necesariamente tenga una relación causal con su actividad, incluyendo entre otros mal uso, abuso, falta de efecto de los medicamentos, sobredosis accidental, error de medicación, dependencia del medicamento, sospecha de transmisión de un agente infeccioso, exposición ocupacional y beneficio terapéutico inesperado por el consumo de productos y reclamo técnico de un producto (defecto de calidad obvio o sospechado, incluyendo cualquier hallazgo en su identidad, durabilidad, confiabilidad, seguridad, eficacia o funcionamiento, o cualquier sospecha de adulteración, contrabando y/o falsificación), de los cuales tenga conocimiento dentro de las 24 horas siguientes a su conocimiento, incluyendo: **a)** Nombre y dirección de quien reporta. **b)** identificación del paciente. **c)** Naturaleza y descripción del evento. **d)** Medicamento y/o producto. Los reportes de eventos adversos deberán dirigirse al **HOSPITAL. 13)** Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades del **HOSPITAL**. **CLAUSULA TERCERA – INFORMES**: **El CONTRATISTA** deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual en el cual especificará las actividades encomendadas y realizadas identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser aprobados por el supervisor del presente Contrato, así mismo, entregará el material en medio físico y digital cuando su supervisor lo requiera. **CLAUSULA CUARTA: VALOR:** El valor del presente contrato es por la suma de ***DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($10.400.000).*** **CLAUSULA QUINTA: FORMA DE PAGO:** El presente contrato se pagará en (4) cuota, por valor de ***DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.600.000),*** cada una de ellas, una vez el supervisor expida la certificación de cumplimiento del objeto contractual junto con la verificación de los aportes al **.SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S),** y los documentos que soporten la prestación del servicio. **PARAGRAFO PRIMERO:** El presente valor estará supeditado a los turnos realmente cumplidos por el **CONTRATISTA**, estos serán confirmados por el área respectiva mediante la expedición de la certificación de actividades y/o a la asistencia de los turnos establecidos; además se podrán solicitar los documentos y medios de comprobación que el **HOSPITAL** considere necesario, el porcentaje de no cumplimiento será motivo de glosa del valor facturado por el **CONTRATISTA. PARAGRAFO SEGUNDO:** La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio que corresponda, que sea consecuencia del incumplimiento en los turnos estipulados en la propuesta, que hace parte del presente documento, sin justificación de ninguna especie, siempre que la inasistencia ocasione trastornos y/o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas en la orden que se genere, como si se tratara de una facturación devuelta, por defectos originados por la actividad contratada. **PARAGRAFO TERCERO:** en caso en el que el desempeño profesional del **CONTRATISTA** incurra en acciones u omisiones, las cuales generen glosas a las cuentas que presenta el **HOSPITAL**., por parte de las EPS, EPSS y Entes territoriales o que en su defecto, sean detectadas por la institución durante el proceso de facturación, que le impida el cobro del servicio, el **CONTRATISTA** responderá por el pago de las sumas que la institución no pudiere recibir por tal causa, y deberá tomar las medidas que considere pertinentes. **CLAUSULA SEXTA: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA: El CONTRATISTA** hace las siguientes declaraciones: **1)** Conoce y acepta los Documentos del Proceso. **2)** Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del **HOSPITAL** respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. **3)** Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. **4) El CONTRATISTA** al momento de la celebración del presente contrato no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad. **5) EL CONTRATISTA** está a paz y salvo con sus obligaciones laborales frente al sistema de seguridad social integral. **6)** En los casos en que la Entidad Estatal contratante determine que el pago se hace de acuerdo con productos o entregables debe incluirse al detalle lo que debe entregar el **CONTRATISTA** para cada pago. **7)** El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento

VIGILADO Supersalud

del objeto del presente contrato. **8) El CONTRATISTA** manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; cumpliendo con los estándares del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAF, en la prevención del riesgo y cuyo objetivo es prevenir que se introduzcan al sistema financiero recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos y/o de la financiación del terrorismo; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. **CLAUSULA SEPTIMA: PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de duración del presente contrato será desde la legalización (suscripción del acta de inicio) del presente contrato hasta el 31 de julio de 2022. **PARAGRAFO:** Vencido el plazo del presente contrato, el **CONTRATISTA** deberá abstenerse de seguir prestando los servicios objeto del presente contrato. **El HOSPITAL** no reconocerá servicios prestados por fuera del término de duración contractual o sin haberse legalizado el respectivo contrato. **CLAUSULA OCTAVA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: EL HOSPITAL** pagará el gasto que ocasione el presente contrato con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal Nº **389** del 29 de marzo de 2022, expedido por el Área Financiera del **HOSPITAL**. **CLAUSULA NOVENA: SUPERVISOR:** La Supervisión del presente contrato estará cargo de la **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** o el funcionario que la Gerencia del **HOSPITAL** designe, quien deberá: **1)** Certificar la prestación de los servicios y el cumplimiento de las obligaciones, incluidas el pago de los aportes de ley y establecidos en el presente contrato. **2)** Suscribir las actas que se generen en virtud de la ejecución o desarrollo en el presente contrato. **3)** Supervisar que el cumplimiento de las obligaciones contractuales en general. **4)** Requerir al **CONTRATISTA** por escrito cuando lo estime necesario para garantizar el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones generadas del mismo. **5)** Vigilar la ejecución idónea del contrato y velar por que se ejecute dentro del término estipulado para ello. **6)** Exigir al **CONTRATISTA** toda la documentación e información que requiera para el óptimo desarrollo en el presente contrato **7)** Las demás que tengan por objeto el cumplimiento en el presente contrato. **CLAUSULA DECIMA: OBLIGACIONES DEL HOSPITAL: 1)** Hacer uso de la cláusula de imposición de multas, la cláusula de terminación o cualquier otro derecho consagrado a la Entidad Estatal contratante de manera legal o contractual. **2)** Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal Contratante considere incluirlas. **3)** Ejercer el respectivo control en el cumplimiento del objeto del contrato. **4)** Pagar el valor del contrato de acuerdo con los términos establecidos. **5)** Prestar su colaboración para el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA**. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Los siguientes documentos hacen parte integral en el presente contrato. **1)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal y Registro Presupuestal Definitivo. **2)** Estudio de la necesidad de realizar en el presente contrato. **3)** Los demás documentos que legalmente se requieran (fotocopia de la cédula de ciudadanía, antecedentes disciplinarios de Procuraduría y Contraloría, antecedentes judiciales, Certificado antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia, soportes académicos y laborales. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma en el presente contrato, declara el **CONTRATISTA** que no se halla incurso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad previstas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993, y si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la precitada ley. **CLAUSULA DECIMA TERCERA: PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen a la Entidad Estatal contratante de conformidad con lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 23 de 1982 y demás normas concordantes. Así mismo, el **CONTRATISTA** garantiza que los trabajos y servicios prestados a la Entidad Estatal contratante por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **CLAUSULA DECIMA CUARTA: CONFIDENCIALIDAD.** Además de las obligaciones que emanan de la naturaleza del contrato, el **CONTRATISTA** receptor de la información confidencial estará obligado a lo siguiente: **1) MANTENER** la información confidencial en **ESTRICTA RESERVA** y no revelar ningún dato de la información a ninguna otra parte, relacionada o no, sin el consentimiento previo escrito del divulgador. **2) EL CONTRATISTA**, que se designe para la ejecución del presente contrato, se **ABSTENDRA** de divulgar, publicar o comunicar a terceros información, documentos, planos o fotografías relacionados con las actividades del **HOSPITAL** que conozcan por virtud de la ejecución del presente contrato o por cualquier otra causa. Para estos efectos, las partes convienen que toda la información que reciban se considera importante y confidencial y divulgarla o transmitirla puede lesionar los intereses del **HOSPITAL** o su

VIGILADO Supersalud

reputación. **3) EL CONTRATISTA** y/o sus dependientes se abstendrán igualmente de utilizar cualquier información procedente del **HOSPITAL** para cualquier fin diferente a la ejecución del presente contrato. De igual manera, el **HOSPITAL** se abstendrá de divulgar o compartir con personas diferentes al personal del **HOSPITAL** los documentos, programas, estrategias y tarifas del **CONTRATISTA**. **4)** El **CONTRATISTA** divulgará **UNICAMENTE** la información a las personas **AUTORIZADAS** para su recepción dentro del **HOSPITAL**, por lo tanto, el **CONTRATISTA** no manejará, usará, explotará o divulgará la información confidencial a ninguna persona o entidad por ningún motivo en contravención a lo dispuesto en este contrato; salvo que sea expresamente autorizado para ello. **CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: PENAL PECUNIARIA: EL CONTRATISTA** se obliga a pagar a la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE** hasta una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total en el presente contrato, a título de indemnización, por los perjuicios que ocasione en caso de incumplimiento de sus obligaciones contractuales. Este valor ingresará a la Tesorería del **HOSPITAL**. **EL CONTRATISTA** autoriza al **HOSPITAL** para que dicho valor sea descontado directamente de saldos a su favor. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: RELACIÓN LABORAL**: El presente contrato no genera relación laboral alguna con el **CONTRATISTA**, ni tampoco el pago de prestaciones sociales ni de ningún tipo de emolumento diferente al valor aquí acordado. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA:** Verificado el plan de cargos del **HOSPITAL**, se pudo corroborar, que no existe personal suficiente que desarrolle las funciones que se señalan como actividades específicas dentro del presente contrato de Prestación de servicios. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA: SUSPENSION DEL CONTRATO.** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobado, o interés del servicio público, se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del presente contrato mediante la suscripción de un acta en la que conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión. **CLAUSULA DECIMA NOVENA: TERMINACIÓN:** El presente contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminado: **1)** Por mutuo acuerdo entre las partes, caso en el cual se procederá a liquidar el contrato de Prestación de Servicios de tal manera que queden expresamente determinados los servicios efectivamente prestados y el valor proporcional de los mismos. **2)** Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones o incumplimiento del objeto del contrato. **3)** El **CONTRATISTA** deberá informar al **HOSPITAL** con una antelación no superior a diez días hábiles, su voluntad de no continuar con el contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL HOSPITAL** Procederá la terminación unilateral en los siguientes casos sin que dé lugar a indemnización por dicha causa: **1)** Cuando las exigencias del servicio público lo requieran o la situación de orden público lo imponga**. 2)** Por muerte o incapacidad física permanente del **CONTRATISTA**. **3)** Por interdicción Judicial. **4)** Por incumplimiento manifiesta de las obligaciones contractuales con ocasión a la prestación de servicios de salud si con su conducta activa u omisiva existió dolo o culpa grave en la actuación contractual en los términos de la constitución y de la ley. **CLAUSULA VIGESIMA: MECANISMO PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES**: Las partes podrán dirimir las controversias que se susciten con ocasión a la actividad contractual, agotando el siguiente procedimiento: **A)** recurrir primero al arreglo directo, cuya etapa no podrá ser superior a cinco (5) días hábiles. **B)** Si fracasa la etapa anterior, podrá recurrirse a la conciliación prejudicial o la transacción. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA: CLÁUSULA COMPROMISORIA.** Las partes convienen que en el evento que surja alguna diferencia entre las mismas, por razón o con ocasión en el presente contrato, será resuelta por un tribunal de arbitramento constituido en la Cámara de Comercio de Santa Marta siendo este el domicilio contractual, el cual decidirá en derecho, integrado por un (1) árbitro designado conforme a la Ley. Los arbitramentos que ocurrieren se regirán por lo dispuesto en el Decreto 2279 de 1991, en la Ley 23 de 1991 y en las demás normas que modifiquen o adicionen la materia. **PARÁGRAFO UNICO:** La anterior cláusula la pactamos de conformidad al artículo 1602 del Código Civil, que dispone: "Los contratos son ley para las partes. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causales legales". **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA: AFILIACION Y APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**: El **CONTRATISTA** acreditara su afiliación y aporte mensual al sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales mediante la presentación mensual de los correspondientes Pagos cotizando con el IBC (Ingreso Base de Cotización) en el presente contrato. **CLAUSULA VIGESIMA TERCERA: CESIÓN DEL CONTRATO:** Este contrato es **INTUITU PERSONE** por lo tanto no podrá ceder la ejecución en el presente contrato de prestación de servicios a persona alguna natural o jurídica. **CLAUSULA VIGESIMA CUARTA: RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS: EL CONTRATISTA** autoriza al **HOSPITAL** descontar de sus honorarios el respectivo valor por los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados al **HOSPITAL**, ocasionados

VIGILADO Supersalud

por su comisión u omisión relacionada con la ejecución del presente contrato de Prestación de Servicios sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar de acuerdo a lo estipulado por el manual de contratación del **HOSPITAL**. Lo anterior previo agotamiento, del debido proceso, y derecho a la defensa. **CLAUSULA VIGESIMA QUINTA: DE LOS CONTRATISTAS: EL CONTRATISTA** responderán civil, fiscal y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de ley, previo agotamiento del debido proceso y del derecho a la defensa. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El **CONTRATISTA** debe tomar las medidas necesarias para garantizar la custodia y preservación de los bienes del contratante bajo su uso (controles de manejo, revisiones de equipos, polizas de manejo e.t.c.) so pena de responder como contratista por el daño o perdida de los implementos utilizados, ya sea en reposición o al precio comercial del bien, o perdida de información descuento que autoriza a efectuar de los honorarios por percibir, autorización que se entiende expresa y escrita por cada caso en particular. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El **CONTRATISTA** asume directa y personalmente la responsabilidad que se derive de una mala practica en el desarrollo del objeto contractual y expresamente exonera al **HOSPITAL** por lo eventos en que el cliente, usuario o un tercero, sufra algún tipo de perjuicio siempre y cuando no se deban a un evento de fuerza mayor o caso fortuito, los cuales lo exoneran de responsabilidad. **PARÁGRAFO TERCERO:** El **CONTRATISTA** de prestación de servicios que tenga a su cargo documentos, información, bienes, recursos del **HOSPITAL** y servicios deberá suscribir el acta respectiva con el supervisor del presente contrato. **CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA: LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** para todos los efectos legales relacionados con el presente contrato, las partes acuerdan como domicilio, la ciudad de Santa Marta, donde para constancia y de conformidad con su contenido lo suscriben.

**EL HOSPITAL**

**LUIS OSCAR GALVES MATEUS**
**AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR**

***PROYECTÓ:*** *SABAS MEDICAEL REDONDO ESCOBAR*
*ABOGADO OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO*

***REVISO:*** *ANA MARIA CORDOBA LEAL*
*JEFA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO*

***REVISO:*** *MARIO ALBERTO ALVARINO CARRILLO*
*ASESOR JURIDICO EXTERNO DE GERENCIA H.U.J.M.B*

**EL CONTRATISTA**

**YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ**
**C.C. Nº 1.118.846.476 DE RIOHACHA (LA GUAJIRA)**

VIGILADO Supersalud

AGM Salud c.t.a
Asociados del Gremio Médico
Su Operador en Salud
NIT. 900.267.502-7

**LA SUSCRITA JEFE DE SELECCIÓN DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO "AGM SALUD C. T. A"**
**CERTIFICA QUE:**

*Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a)* ***YULEIDY ASTRID ALMUÑOZ MUÑOZ,*** *identificado con cedula de ciudadanía* ***CC 1118846476,*** *me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) tuvo convenio con* ***AGM SALUD CTA*** *desde el* ***20 DE AGOSTO DE 2020*** *hasta* ***14 DE JULIO DE 2019,*** *prestando el servicio de* ***ENFERMERA JEFE,*** *en la Sede,* ***AGM SALUD CTA - SEDE RIOHACHA****, de la Empresa cliente* ***IPS - ANASHIWAYA (RIOHACHA).***

*Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, estuvieron regulados por la ley 79 de 1988, el decreto 4588 de 2006, ley 1233 de 2008, los regímenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Protección Social.*
*La vinculación del asociado fue por tiempo indefinido sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.*

*La presente constancia se expide a petición del asociado a los 01 dias del mes de octubre de 2020. Para confirmar certificaciones y referencias favor marcar al número fijo 7288463*

*Solidariamente,*

***CARMEN SOTO AGRESOTT***
***JEFE DE OFICINA***
***AGM SALUD CTA – SEDE RIOHACHA***


**Sede AGM Salud c.t.a. Bogotá**
Calle 32A No. 19-35
Teléfono: (1) 742 4232
Fax: (1) 743 3241

**Sede AGM Salud c.t.a. Girardot**
Carrera 7A No. 20A-11 Apto. 202 B. Granada
Teléfono: (1) 888 9591

**Sede AGM Salud c.t.a. Barrancabermeja**
Carrera 25 No. 50A-13 Santander
Teléfono: (7) 603 0964

**Sede AGM Salud c.t.a. Villavicencio**
Calle 36 No. 35-70 Oficina 212
Teléfono: (8) 661 0276

E-mail: agmsaludcta@hotmail.com Web: www.agmsalud.com

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Yuleidy Astrid

Apellidos: Almanza Muñoz

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

No. 1.118.846.476

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 03 Año 1993.

Escaneado con CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 20/02/21 | PFIZER | EN1194 | HUJMB | Yereyka Pinto | 26.666.492 |
| | 2 | 13-03-21 | PFinzer | EN1195 | HUJMB | Yereyka Pinto | 26.666.492 |
| | | 30-11-2021 | Pfizer | FJ1966 | PREVENIR 1A | NICOLE FOPPO | 1004136345 |

Escaneado con CamScanner

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

**Conservelo**

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

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

## Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yuleidis
Apellidos: Almanza Munoz
Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1118346476
Fecha de Nacimiento: Día 25 Mes 07 Año 1993

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 19-10-20 0129N195 | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | Feb 21/13 024B100TA | Astrid | |
| | 2 | 23/04/13 024B100BB | Mariac. | |
| | 3 | 03/08/13 024B100BB | Astrid | |
| | 4 | 11/08/14 024L101EC | Mariac | |
| | 5 | 18/08/15 D2221 | Mariac | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 21/13 | H5K12 | Astrid |
| Contra Influenza | | 19-10-20 | V502 | |
| Otras | | | HOSPITAL METROPOLITANO Comité Interno Materno Infantil | |

| BOOSTRIX | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| VPH | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a | | | |
| | 2a | | | |
| | 3a | | | |

| POLIO | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| ANTI-LEPTOSPIROSIS OTROS | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a | | | |
| | 2a | | | |
| | 3a | | | |

**CENTRO DE VACUNACION GLOBAL FARMA S.A.S.**
NIT. 900.386.596-9

| | |
|---|---|
| Nombre | Yuleidy. |
| Apellidos | Almanza M |
| Identidad | |
| Concecutivo | 7414 |

Calle 57 No. 46-65 Local 3 Ed. Balcones de Castilla
(al lado del Centro Inca) Tel.: 3601552 * Cel.: 301 7023835
300 4124700 * E-mail: jmglobalfarma@hotmail.com

| INFLUENZA AGRIPPAL | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| VARICELLA VACCINE GC. VC | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| TRIPLE VIRAL MORUPAR® | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| M/GOCOCO | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a | 05/07/13 | [illegible] | |
| | 2a | [illegible] | [illegible] | |
| FIEBRE AMARILLA | 1a | | | |

| FIEBRE T. FOIDEA | DOSIS | FECHA DE VACUNACIÓN | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |

| HEPATITIS B HEPAVAX-GENE® | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a | 05/07/13 | [illegible] | |
| | 2a | [illegible] | [illegible] | |
| | 3a | 08-07-14 | [illegible] | |

| TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-Ad)® | DOSIS | FECHA APLICACION | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| HEPATITIS A | DOSIS | FECHA DE VACUNACIÓN | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1a | | | |
| | 2a | | | |

| NEUMOCOCO | DOSIS | FECHA DE VACUNACIÓN | LOTE Nº | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |
| OTRAS | | | | |

El servicio público es de todos | Función Pública

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

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2022-07-17 19:26 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| YULEIDY | ASTRID | ALMANZA | MUÑOZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1118846476 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | Colombia | Departamento | Magdalena | Municipio | PEDRAZA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | Colombia | Departamento | Magdalena | Municipio | PEDRAZA |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | Colombia | Departamento | Magdalena | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
|---|---|

| 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 último año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $2.600.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $2.600.000,00 |

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

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

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

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

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

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

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

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

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

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

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

Bogotá, Julio 16 de 2022

Señora:
ALMANZA MUÑOZ YULEIDY ASTRID
CC. 1118846476
CON PARQUES DE BOLIVAR 1 ESTA PA TO 4 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 11 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ALMANZA MUÑOZ YULEIDY ASTRID | 1118846476 | C | Oct-11-2018 | 55 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| A G M SALUD CTA | 1118846476 | Cooperados o Precooperativas de trabajo asociado | CERRADO |
| ANASHIWAYA IPSI | 1118846476 | Dependiente | VIGENTE |
| YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ | 1118846476 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ | 1118846476 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**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:

**YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.846.476**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Julio del 2022.

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1118846476, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/04/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201017256801.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Julio de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



**Impreso por Internet el 16/07/2022 3:03:34 p. m.**
**ISCDC: 16/07/2022 3:03:34 p. m.**

| HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA | JULIO /16/2022 |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ | | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C x | | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 1118846476 | RIOHACHA / LA GUAJIRA | JUNIO/22/2011 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familia | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | | X | 2 | | X | | X | |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 3 | 1993 | PEDRAZA MAGDALENA | PARQUE DE BOLIVAR ETAPA 1 TORRE 4 APTO 103 | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| yuleidyastrid25@hotmail.com | 3206319492 | 4378104 |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | x | Hogar | | Jubilado | | | | | | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| INDEPENDIENTE | 81 |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento | | | | | Número |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | C.C. | | | P.P | | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | ENFERMERA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CRA 14#23 -42 SANTA MARTA | SANTA MARTA | ALCAZARES | 4365007 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales 2600000 | | | Total Egresos mensules 2600000 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensuales N/A | | | Otros Egresos Mensuales N/A | | | | | |
| Total Activos 2600000 | | | Total Pasivos 2600000 | | | | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes JULIO | Año 2022 | Es declarante? | SI | | NO | X | |

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

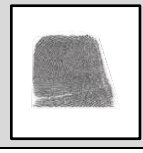
OCUPACION (ENFERMERA)

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha



Yuleidy Almanza M

## 5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento