E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

Contrato No.: 1694
Fecha: **19/06/2020**

ACTA DE INICIACION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS: NO 1694 DEL 19 DE JUNIO DE 2020

CONTRATISTA: YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

C.C. Nº 57.298.116 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ATENCION AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y ALTA COMPLEJIDAD LA POBLACION USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA

VALOR: QUINIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($508.800)

PLAZO: EL PLAZO DE DURACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DESDE LA LEGALIZACIÓN (SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO) DEL PRESENTE CONTRATO HASTA EL 30 DE JUNIO DEL 2020.

SUPERVISOR: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

EN EL MUNICIPIO DE SANTA MARTA, DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO QUE YA SE IDENTIFICO, NOS REUNIMOS EN LA SEDE DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, EL SUPERVISOR DEL ALUDIDO CONTRATO Y EL SEÑOR **YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES** EN CALIDAD DE CONTRATISTA, CON EL OBJETO DE DEJAR CONSTANCIA DE LA INICIACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO.

EN CONSECUENCIA SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO, EN LA MISMA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, POR QUIENES EN ELLA INTERVINIERON UNA VEZ LEÍDA Y APROBADA EN DOS EJEMPLARES DEL MISMO TENOR.

EL CONTRATISTA

EL SUPERVISOR

VIGILADO Supersalud

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nit 891780185-2

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

3771

Fech Friday, 19 de June de 2020 No Disponibilidad 3870

Identificación 57298116 MORENO YEPES YAQUELIN ESMITH

Por medio del cual se registra en el libro del presupuesto, los valores que se relacionan a continuación:

No. Rubro	Nombre Rubro	Detalle	Disponible	Valor a Registrar	Nuevo saldo
A001020200-01	Remuneración de servicios técnicos (contratos)	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE ESTA ESE SEGUN OPS 1694 DEL 19/06/2020	14,578,263,868.50	508,800.00	14,577,755,068.50

Aprobó

Responsable del Presupuesto

Revisó

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

SANTA MARTA 19 DE JUNIO DEL 2020

DOCTOR (A): AURA STELLA DAZA PEÑA

CEDULA DE CIUDADANIA N°: 36541888

CARGO O GRUPO FUNCIONAL: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

REF: DESIGNACION DE SUPERVISION.

CORDIAL SALUDO,

POR MEDIO DE LA PRESENTE, ME PERMITO COMUNICARLE QUE A PARTIR DE LA FECHA HA SIDO DESIGNADO COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° **1694** DEL 19 DE JUNIO DEL AÑO EN CURSO, SUSCRITO CON EL SEÑOR (A); **YAQUELIN SMITH MORENO YEPES** EN CALIDAD DE CONTRATISTA IDENTIFICADO (A) CON LA CEDULA DE CIUDADANÍA N° **57298116**. DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

PARA MEJOR REFERENCIA LE REMITIMOS FOTOCOPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO EN REFERENCIA.

ATENTAMENTE,

LUIS OSCAR GALVES MATEUS
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR HOSPITAL UNIVERSITARIO
JULIO MENDEZ BARRENECHE

REVISO Y APROBO: ANA MARIA CORDOBA LEAL
JEFE OFICINA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO

PROYECTÒ: JOSE FERNANDO RINCON YARURO
APOYO ADMINISTRATIVO - OFICINA JURIDICA Y CONTROL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE:	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
CONTRATISTA:	YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES
Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	57.298.116 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ATENCION AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y ALTA COMPLEJIDAD LA POBLACION USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA
VALOR:	QUINIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($ 508.800)
TERMINO DE EJECUCIÒN:	DEL 19 AL 30 DE JUNIO DEL 2020
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 calidad de Agente Especial Interventor y obrando en nombre y representación legal según resolución número 002304 del 11 de mayo del 2020; de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"** con Nit. 891.780.185 -2, creado mediante Decreto No 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza Nº 084 del 03 de Diciembre de 2018, debidamente facultado para contratar de conformidad con el manual de contratación de la entidad, quien en lo sucesivo y respecto de este contrato se denominara **EL HOSPITAL,** por una parte y por la otra **YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES** igualmente mayor de edad domiciliada y residenciada en la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, identificado con C.C Nº 57.298.116 expedida en SANTA MARTA (MAGDALENA) quien en lo sucesivo respecto de este contrato se denominara 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, la cual se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA – OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ATENCION AMBULATORIA, HOSPITALARIA Y ALTA COMPLEJIDAD LA POBLACION USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA **SEGUNDA: CONSIDERACIONES PREVIAS E INDISPENSABLES:** Es entendido que por la suscripción del presente contrato de prestación de servicios, nacen entre las partes actividades de Coordinación para el desarrollo eficiente de la actividad contratada 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: Obrar con la diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el gerente y/o el supervisor de la orden**.1.** Realizar todas y cada una de las actividades relacionadas en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas las cuales hacen parte INTEGRAL de la presente orden, cuyo contenido conoce a cabalidad el contratista**. 2.** 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 la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**. 3.** Aportar a la E.S.E., la hoja de vida con sus respectivos soportes, los documentos de identificación y los de más que le sean solicitados **4.** 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 la E.S.E **5.** Estar afiliado al **SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (S.G.S.S)**, (salud, pensión, ARL) respectivamente. **6.** 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. **7.** El valor facturado dependerá de los servicios prestados por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato. **8.** 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. **9.** En caso de inasistencia a capacitaciones, jornadas académicas y turnos programados, deberán notificarse en el término no mayor a tres días ante el supervisor del área con prueba siquiera sumaria de la incapacidad que genera la inasistencia **10.** Las demás que determine el Gerente, el supervisor y que se deriven de las necesidades de la ESE. **11.** El contratista manifiesta que conoce los estándares de acreditación en salud, aplicables al área en el cual prestara 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.** 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 coordinador, administrador o contratista y este responderá con ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado

VIGILADO Supersalud

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 **TERCERA – INFORMES**: El Contratista deberá presentar los informes correspondientes a la ejecución del objeto contractual; en el cual especificara las actividades encomendadas y realizadas; identificando los periodos correspondientes los cuales deberán ser aprobados por el supervisor del presente Contrato, así mismo, entregara el material en medio físico y digital cuando su supervisor lo requiera **CUARTA - VALOR:** El valor de la presente orden es de *QUINIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($ 508.800).* **QUINTA- FORMA DE PAGO:** El presente contrato se pagara en UNA (1) cuota por valor de *QUINIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE ($508.800),* 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 la E.S.E 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, o incluso la justificación que el Supervisor del CONTRATISTA considere insuficiente, 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 la E. S. E., 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 **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 universitario Julio Méndez Barreneche 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).** 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 relacionados con el cumplimiento 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 **SEPTIMA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de duración del presente contrato será desde la legalización (suscripción del acta de inicio) de la presente contrato hasta el 30 de Junio del 2020. **OCTAVA - IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE,** pagará el gasto que ocasione la presente contrato con la Disponibilidad Presupuestal N° 3870 de Junio del 2020, expedido por el Área Financiera de la E.S.E. **NOVENA – SUPERVISOR:** La Supervisión de la presente contrato estará cargo de la UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA o el funcionario que la Gerencia de la E.S.E 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. **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. **DECIMA PRIMERA - DOCUMENTOS DEL CONTRATO** Los siguientes documentos hacen parte integral en el presente contrato **1)** Disponibilidad y Registro Presupuestal **2)** estudio de la necesidad de realizar en el presente contrato. **3)** Los demás documentos

VIGILADO Supersalud

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. **DECIMA SEGUNDA - INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la aceptación 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 que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la precitada ley. **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. **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 de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 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 de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche o su reputación. **3).** EL CONTRATISTA y/o sus dependientes se abstendrán igualmente de utilizar cualquier información procedente de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche para cualquier fin diferente a la ejecución del presente contrato. De igual manera, la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche se abstendrá de divulgar o compartir con personas diferentes al personal de la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche los documentos, programas, estrategias y tarifas de EL CONTRATISTA. **4).** El contratista divulgara **UNICAMENTE** la información a las personas AUTORIZADAS para su recepción dentro del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, por lo tanto el contratista no manejara, usara, explotara o divulgara; 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. **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 a **EL HOSPITAL** para que dicho valor sea descontado directamente de saldos a su favor. **DÉCIMA SEXTA - RELACIÓN LABORAL**: La 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. **DÉCIMA SEPTIMA:** Verificado el plan de cargos de la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, 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. **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. **DECIMA NOVENA – TERMINACIÓN:** el presente contrato de Prestación de Servicios se podrá dar por terminada: **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 cuales quiera 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 manifiesto 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. **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. **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

VIGILADO Supersalud

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". **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. **VIGESIMA TERCERA – CESIÓN DEL CONTRATO: El CONTRATISTA.** Esta contrato es INTUITU PERSONAE por lo tanto no podrá ceder la ejecución en el presente contrato de prestación de servicios a persona alguna natural o jurídica. **VIGESIMA CUARTA - RESPONSABILIDAD POR DAÑOS O PERJUICIOS: EL CONTRATISTA** autoriza al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche descontar de sus honorarios el respectivo valor por los perjuicios económicos o materiales debidamente comprobados al Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, ocasionados por su comisión u omisión relacionada con la ejecución de la 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 de la E.S.E. Lo anterior previo agotamiento, del debido proceso, y derecho a la defensa. **VIGESIMA QUINTA - DE LOS CONTRATISTAS:** Los contratistas 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 **CONTRATANTE** 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. **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

EL CONTRATISTA

YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES
C.C. Nº 57.298.116 DE SANTA MARTA
(MAGDALENA)

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

PROYECTÓ: CATHERINE REYES MAYA
ABOGADA CONTRATISTA OFICINA JURIDICA
Y DE CONTROL DISCIPLINARIO

VIGILADO Supersalud

1694

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

NIT: 891.780.185-2

Santa Marta, 16 de Junio de 2020.

Solicitud de CDP 2042

Doctora

KATIA GALEZZO GIL

Profesional Universitario.

HUFT.

Sírvase expedir Disponibilidad Presupuestal por concepto de: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE ESTA ESE

Valor $ 508.800

LUIS OSCAR GALVES MATEUS

Agente Especial Interventor

Vo. Sergio Andres Gil Celis
Subgerente Admon.Y financ.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nit 891780185-2

Certificado de disponibilidad presupuestal Número 3870

Fecha Tuesday, 16 de June de 2020

Concepto PRESTAR LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE ESTA ESE

En el actual presupuesto de gastos de la vigencia fiscal de año en curso, existe partida suficiente para dar cumplimiento con el presente contrato, orden de trabajo, cuenta de cobro o factura y/o otros representada por:

Rubro		Disponible Antes
A001020200-01	Remuneración de servicios técnicos (contratos)	14,582,537,068.50

Aprobó

Responsable del Presupuesto

Revisó

Nota: No necesariamente el valor que aparece indicado como Disponible Después debe coincidir con el presupuesto disponible al momento de elaborar la reserva presupuestal, pues al hacerlo, se pudo haber ejecutado presupuesto de dicho rubro entre la realización del certificado de disponibilidad y su correspondiente reserva presupuestal.

ESTUDIO DE CONVENIENCIA, NECESIDAD Y OPORTUNIDAD	
DEPENDENCIA QUE PROYECTA	UNIDAD FUNCIONAL ENFERMERIA HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
FECHA	MAYO DEL 2020

1. MARCO LEGAL

El Artículo 25 de la Ley 80/93 establece en su numeral 7 la conveniencia o inconveniencia del objeto a contratar y las autorizaciones y aprobaciones para ello, se analizarán o impartirán con antelación al inicio del proceso de selección del contratista o al de la firma del contrato, según el caso. El mismo artículo en su Numeral 12 establece que con antelación a la apertura del procedimiento de selección o de la firma del contrato, deberán elaborarse los estudios, diseños y proyectos requeridos, y los pliegos de condiciones o términos de referencia.
El Artículo 26 de la Ley 80/93 en su numeral 3 señala que las entidades y los servidores públicos, responderán cuando hubieren abierto licitaciones o concursos sin haber elaborado previamente los correspondientes pliegos de condiciones, términos de referencia, diseños, estudios, planos y evaluaciones que fueren necesarios, o cuando los pliegos de condiciones o términos de referencia hayan sido elaborados en forma incompleta, ambigua o confusa que conduzcan a interpretaciones o decisiones de carácter subjetivo por parte de aquellos.
El artículo 30 de la Ley 80/93 en el numeral 1, indica que la resolución de apertura debe estar precedida de un estudio realizado por la entidad respectiva en el cual se analice la conveniencia y oportunidad del contrato y su adecuación a los planes de inversión, de adquisición o compras, presupuesto, según el caso. Cuando sea necesario, el estudio deberá estar acompañado, además, de los diseños, planos y evaluaciones de pre factibilidad o factibilidad.
Art 10 Teniendo en cuenta el acuerdo 012 del 09 de Agosto del 2019, en su artículo 10, se procede a elaborar el **ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD** para la PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA, Y ALTA COMPLEJIDAD A LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA

2. NECESIDAD QUE SATISFACE LA CONTRATACIÓN

El Decreto 377 de fecha 23 de Diciembre de 2005, por medio del cual se expide el estatuto básico de la **Empresas Social del Estado Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**, establece en los considerando, que teniendo en cuenta las características sociales, demográficas, geográficas, epidemiológicas, la disponibilidad de recursos y costos de los servicios de salud, las barreras de acceso para la comunidad y el grado de satisfacción de los usuarios entre otros elementos que contribuyen para buscar las mejores alternativas que permitan cumplir con el objetivo fundamental, se ha llegado a la conclusión que la mejor manera desde el punto de vista social, técnico, administrativo y financiero, es la ampliación de los servicios que hoy ofrece la **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**, para brindar la totalidad de los servicios de mediana y alta complejidad que son requeridos por la población que habita el Departamento del Magdalena. En este sentido, vale decir que dos de los criterios básicos que han de emplearse al momento de decidir realizar las actividades programadas de prestación de servicios de salud y estructurar un servicio, cuándo y cómo, radican en la calidad, así como los servicios que se le proporcione al personal que vive en dichos municipios, y esto solo es posible mediante el proceso planificador en la cual interviene todos los actores del proceso y que produzca el resultado casi imposible de contar con la cantidad requeridas de personal médico y asistencial, medicamentos y/o la prestación de los servicios administrativos necesarios para el correcto funcionamiento de la administración y el cumplimiento de los fines misionales de la **ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**, en el momento preciso y en las cantidades óptimas. La obligación que recae sobre esta dependencia, en cumplimiento de las funciones señaladas expresamente en el manual de funciones, ***"Planear, controlar y evaluar, conjuntamente con los jefes de las dependencias del área de atención a las personas, la presentación de los servicios asistenciales de salud".*** Es evidente que los servicios de auxiliar enfermería a la población interna y externa son necesarios para el buen funcionamiento de la entidad, los cual es de vital importancia para el normal desarrollo de los programas y proyectos misionales de la E.S.E como institución que presta los servicios de II – III y IV Nivel de Complejidad; es responsabilidad de la subgerencia científica y de la E.S.E en toda su extensión, programar, proyectar el cubrimiento a la demanda en la prestación del servicio de la población a atender en especial cuando las especiales condiciones actuales del departamento nos obligan a una adecuada asistencia técnica, profesional y especializada.

Que es función específica, entre otras, de la subgerencia científica, la de: "***(...) vigilar que la TOTALIDAD de los servicios de salud en la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche se presten de manera EFICIENTE Y EN CONDICIONES OPTIMAS Y SUFICIENTES (...)"*** en atención a la siguiente consideración y según la información sobre la prestación del servicio de enfermería, se ha proyectado al servicio de la vigencia 2.020, la necesidad de programar la prestación del servicio a los usuarios de la E.S.E en el área de Consulta Externa, Hospitalización,. Cabe anotar que el contrato debe tener la supervisión del coordinador de la Unidad de enfermería o de quien por idoneidad sea designado.

➢ En todo caso las actividades a realizar por el contratista son: 1. Recibir y entregar el turno, en su respectiva hora, como lo estipula la guía, informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2 Realizar las actividades de enfermería como: cambios de venopunción, preparación del paciente para los procedimientos quirúrgicos y medios de diagnósticos, estudios especializados, u otros, arreglo de cadáver, colocar oxigeno por cánula o por Venturi, limpieza y desinfección de los implementos de trabajo, pisingos, riñonera, patos, asistir en la alimentación enteral y dieta del paciente, y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperación del paciente. 3. Diligenciar los registros de enfermería para dejar evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. 4. Aplicar los protocolos establecidos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalaria en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias. 5. Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico. 6. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7. Aplicar los procedimientos de técnicas asépticas, bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental, manejo de los desechos hospitalarios de acuerdo a protocolo, 8. Responder, Registrar, verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro e informar el estado y pérdida de cualquier bien a la instancia respectiva para tomar medidas

oportunas. 9. Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral al paciente en consulta externa y hospitalización. 10. Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 11. Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas 12. Promover en el servicio la cultura de los valores y principios éticos. 12. Reportar en plazo de 72 horas la incapacidad a la profesional de la Unidad funcional de enfermería el tiempo de esta. 13 Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la Unidad funcional de enfermería y en general de la institución. 14. Cumplir con las normas de la utilización de los elementos de protección personal y uniforme establecido. 16. Asistir a la enfermera en los procedimientos y registrarla en las notas de enfermería. 17. Cumplir con la resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias clínicas) 18. Ejecutar cambios de turnos previo consentimiento de coordinación de enfermería, 19. Cumplir con los procesos de enfermería como lo acuerda la institución. 20. Realización de las curaciones de menor complejidad y actualización de kardex y tarjetas, 21. Informar a la unidad funcional de enfermería y calidad los eventos adversos que se presenten en el servicio asignado y cumplir con las actividades que determine el Gerente y las demás que sean asignadas por el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

3. CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD DEL CONTRATO

La **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**, no cuenta con el recurso humano en su planta de personal para realizar la prestación del servicio de salud en auxiliar de enfermería. Es conveniente celebrar una orden de servicio para **PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA, Y ALTA COMPLEJIDAD A LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA.** En todo caso las condiciones contractuales deben ser definidas por el departamento jurídico previa verificación cumplimiento de los requisitos de ley vigentes, tanto para el contratista como para la **ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche** al momento de la elaboración del contrato.

4. DEFINICIÓN TÉCNICA DE LA FORMA DE SATISFACER LA NECESIDAD (Proyecto, Estudio, Diseño, Componentes, Actividades)

ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO:

- La persona natural que deberá prestar el servicio debe contar soportes de ley que lo acrediten como auxiliar de enfermería con experiencia certificada en el área de prestación de servicio.
- Cumplimiento con los turnos asignados
- Realizar todas y cada una de las actividades descritas en el numeral 2 del estudio de conveniencia
- La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación del servicio por incumplimiento en los turnos estipulados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere.
- Prestar los servicios que se encuentran relacionados en el presente estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas
- Los costos de transporte y demás gastos ocasionados con la prestación del servicio este proceso de contratación serán asumidos por el proponente y no tendrán un costo adicional al valor establecido en la propuesta.
- Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan 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 la **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
- Mantener la vigencia del precio unitario cotizado en la propuesta durante la ejecución del contrato.
- El operador del contrato, deberá dar cumplimiento y calidad del servicio, pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales.

5. CONDICIONES DEL CONTRATO

5.1 OBJETO (PRECISAR)	El objeto del contrato de prestación de servicio de **PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA LA POBLACIÓN USUARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA**
5.2 TIEMPO DE EJECUCIÓN – PLAZO	El plazo de ejecución debe ser estipulado de acuerdo a la vigencia presupuestal del año 2020. Un (1) mes del primero (1) al treinta (30) de junio.
5.3 LUGAR DE EJECUCIÓN	**Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche** en la Ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena.
5.4. FORMA DE PAGO	El supervisor expida la certificación del objeto contractual junto con la verificación de aportes del Sistema General de Seguridad Social y los documentos que soporten la prestación del servicio. (Hoja de turno con la firma del Profesional de la Unidad Funcional Enfermería).

5.5. Obligaciones o actividades a desarrollar por el contratista

- **El CONTRATISTA** se obliga a: 1) obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. 2) Realizar todas y cada una de las funciones descritas en el numeral 2 de estudio de conveniencia. 3) Aportar

a la E.S.E las hojas de vida y documentos de identificación de 4) Garantizar la presencia oportunamente, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E 5) Atender a los pacientes en el turno y en área asignada por la **E.S.E**. 6) Asistir a las rondas Medicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos. 7) Realizar seguimiento diario y registrar en la historia clínica todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes asignados 8) Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar. 9) Participar en las jornadas científicas y actividades académicas y de investigación que convoque el subgerente científico o la oficina de docencia de servicio de la E.S.E en desarrollo de los convenios docente-asistencia suscritos o que suscriba la E.S.E 10) Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, facturación de la E.S.E. 11) Diligenciar la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen. 12) participar en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos. 13) Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. 14) La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere. 15). El incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso. 16) Prestar los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas. 17) La coordinación de la Unidad funcional de enfermería debe elaborar los horarios de turno de las y enviar copia de ello a los diferentes servicios y a la subgerencia científica, lo anterior con periodicidad mensual, adicionalmente debe realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas. 18) Los costos de transporte y demás gastos ocasionados con la prestación del servicio en este proceso de contratación serán asumidos por el proponente y no tendrán un costo adicional al valor establecido en la propuesta. 19) Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan 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 la **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. 20. El valor mensual facturado dependerá de las horas contratadas y los servicios prestados por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato. 21 Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

6. RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN Y NIVEL Y EXTENSIÓN DE LOS MISMOS

En esta contratación existe riesgo de incumplimiento del objeto contratado, en la mala calidad de los servicios de auxiliar de enfermería, para lo cual se debe designar un **supervisor** por parte de la **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche** que expedirá certificación de recibido a satisfacción de los servicios, suscripción del acta de recibo final y liquidación, acompañado de la respectiva factura o cuenta de cobro.

7. RESPONSABLE

NOMBRE: AURA STELLA DAZA PEÑA **FIRMA DEL SUPERVISOR** **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**	**FIRMA :**
NOMBRE: GUILLERMO VILLAMIL IREGUI **FIRMA DEL SUBGERENTE CIENTIFICO** **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**	**FIRMA**

HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO	COD. LC VERSION: 01 FECHA: Junio 2019

NOMBRE DEL ASPIRANTE: YAQUELIN MORENO YEPES Auxiliar

CEDULA DE CIUDADANIA Nº 57298116 EXPEDIDA EN SANTA MARTA

EDAD: 37 CARGO O PROFESION: Auxiliar de Enfermeria

CELULAR N°: 3222755451 DIRECCION:

CORREO ELECTRONICO: yakara2018@gmail.com Nº Folios: _____

LISTA DE CHEQUEO DE HOJAS DE VIDA PARA INGRESO

	SI	NO	NA
Propuesta de Servicios	X		
Certificado antecedentes Procuraduria (fecha vigente – no superior a 30 dias)	X		
Certificado antecedentes Contraloria (fecha vigente – no superior a 30 dias)	X		
Certificado antecedentes Policia Nacional (fecha vigente – no superior a 30 dias)	X		
Certificado antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policia Nacional de Colombia (fecha vigente – no superior a 30 dias)	X		
Cedula de Ciudadania (ampliada al 150%)	X		
Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)			
RUT Registro Unico Tributario (fecha vigente – no superior a 30 dias)	X		
Hoja de Vida – Formato Único	X		
Tarjeta Profesional (ampliada al 150%)			
Resolución Departamental para ejercer profesión	X		
Poliza de Responsabilidad Civil de Clinicas y Hospitales (Médicos y Médicos Especialistas) desde $250.000.000 millones de pesos.			
Convalidación de Titulo (Médicos y Médicos Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.			
Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)	X		
Curso Guia de Atención Integral en Salud para Victimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial). Que contengan la fecha de vencimiento del mismo.	X		
Copia de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de Enfermería, Auxiliar Camillero - Que contengan la fecha de vencimiento del mismo.	X		
Copia de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos - Que contengan la fecha de vencimiento del mismo.			
Diplomado en Unidad de Cuidados Intensivos (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) - Que contengan la fecha de vencimiento del mismo.			
Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico PALS (Pediatras)			
Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – NALS (Neonatologo)			
Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 – Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones medicas ocupacionales (Profesiograma HUJMB)	X		
Soporte de experiencia laboral	X		
Vacunas Médicos, Enfermeras y Aux de enfermeria (sarampión, rubeola, parotiditis, hepatitis B, polio , difteria, varicela, sarampión, tuberculosis)	X		
Rethus (Personal Asistencial en general)	X		
Formato declaración de Bienes y Renta – Formato Único	X		
Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (Contratistas Nuevos, para los antiguos 3 últimos pagos)	X		
Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (Contratistas Nuevos, para los antiguos 3 últimos pagos)	X		
Certificado ARL (Contratistas Nuevos, para los antiguos 3 últimos pagos)			
verificación del contratista en el SARLAF (a cargo de la oficina de planeación y mercadeo)			

NOTA: Los documentos sin excepción alguna deberán ser originales (copia o impresión a color), 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 _____

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
MORENO	**YEPES**	**YAQUELIN MORENO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C **X** C.E ◯ PAS ◯ No. **57.298.116**	F **X** ◯ M ◯	COL.**X** ◯ EXTRANJERO ◯ PAÍS **COLOMBIA**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA **0 3** MES **1 0** AÑO **1983**

PAÍS **COLOMBIA**

DEPTO **MAGDALENA**

MUNICIPIO **SANTA MARTA**

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS **COLOMBIA** DEPTO **MAGDALENA**

MUNICIPIO **SANTA MARTA**

TELÉFONO **3222755451** EMAIL **yakarar2018@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: **BACHILLER ACADEMICO**
/2007PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO **14/07/2007**
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES **0 7** AÑO **2 0 0 7**

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
AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	02	2003	

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

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 **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M.B**	PRIVADA	PÚBLICA **X**	PAÍS: **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO **MAGDALENA**	MUNICIPIO **SANTA MARTA**		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL **AUXILIA DE ENFEREMERIA**	DÍA **02** MES **07** AÑO **2019**		DÍA **30** MES **04** AÑO **2020**
	DEPENDENCIA **CIRUGIA**		DIRECCIÓN **CALLE 14 # 23-42**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD **UNIDAD QUIRURGICA LTD**	PÚBLICA	PRIVADA **X**	PAÍS **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO **MAGDALENA**	MUNICIPIO **STA MTA**		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO **AUXILIAR DE ENEFERMERIA**	DÍA **01** MES **11** AÑO **2009**		DÍA **27** MES **11** AÑO **2017**
	DEPENDENCIA **CIRUGIA**		DIRECCIÓN **CALL 29 # 13 -29**

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

ORMATO 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*
SERVIDOR PÚBLICO	1	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento SANTA MARTA 30 DE ENERO DE 2020

Yaqueline Moreno

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

SANTA MARTA JUNIO 8 2020

GERENTE:

LUIS OSCAR GALVIS MATEUS

AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR HUJMB

ASUNTO: OFERTA DE BSERVICIOS.

YO: **YAQUELIN MORENO YEPES** IDENTIFICADA CON CC N57.298116 SANTA MARTA, PRESENTO MI PROPUESTRA Y DISPOSIOCION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS Y PROVEER EL CUIDADO INTEGRAL BASICOS A LOS USUARIOS Y DESAROLLAR SUS ACTIVIDADES CON RESPONSABILIDAd BAJO LA ORIENTACION Y SUPERVICION DE LA ENFERMERA DE SERVICIO DE ACUERO CONMPOLITICAS DE SERVICIO Y NORMAS NVIGENTES.

POR LO ANTERIOR ME COMPROMETO ACUMPLIR A CABALIDAD LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DERIVADAS DE LA OFERTA Y/O AQUELLAS CONTENIDAS EN LOS ESTUDIOS DE CONVIVENCIA Y OPORTUNIDAD DE CONTRATACION.

CORDIALMENTE,

YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES.

CC:57.298.116 Santa marta.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 145818405

WEB
07:39:52

Bogotá DC, 04 de junio del 2020

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) YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 57298116:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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 174 Ley 734 de 2002).

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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 jueves 04 de junio de 2020, a las 07:41:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	57298116
Código de Verificación	57298116200604074111

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

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 07:48:19 horas del 04/06/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **57298116**
Apellidos y Nombres: **MORENO YEPES YAQUELIN ESMITH**

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: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 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:
lineadirecta@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de [illegible]ano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas

La Policía Nacional de Colombia hace constar

RNMC

Consulta Ciudadano

Que el número de expediente No. 57298116 de consultado en la fecha y hora 04/06/2020 07:49:06 a. m., no se encuentra vinculado en el sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. Registro Interno de Validación No. 12814028

Consultar por:

Número de Comparendo o Expediente

Número de Identificación o # Comparendo o # Expediente:

Identificación, Expediente o # Comparendo

Aceptar

Nuevo | Validar Funcionario

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14205165556

(415)7707212489984(8020) 000001420516555 6

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	YEPES	YAQUELIN	ESMITH

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
MZ 9 CA 12 CD VEINTINUEVE DE JULIO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
		4 3 0 4 5 3 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 9 2 3	2 0 0 7 0 1 0 4						1 3 1 4	

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2012 - 12 - 24

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo Gestor II

COPIA 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
MORENO	**YEPES**	**YAQUELIN MORENO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C **X** C.E ◯ PAS ◯ No. **57.298.116**	F **X** ◯ M ◯	COL.**X** ◯ EXTRANJERO ◯ PAÍS **COLOMBIA**

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 03 MES 10 AÑO 1983	
PAÍS **COLOMBIA**	PAÍS **COLOMBIA** DEPTO **MAGDALENA**
DEPTO **MAGDALENA**	MUNICIPIO **SANTA MARTA**
MUNICIPIO **SANTA MARTA**	TELÉFONO **3222755451** EMAIL **yakarar2018@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 SECUNDARIAY MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:**BACHILLER ACADEMICO**
/2007PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO **14/07/2007**
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 07 AÑO 2007

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
AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	02	2003	

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

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	PRIVADA	PÚBLICA	PAÍS:
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD **HOSPITAL UNIVERSITARIO J.M.B**	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS **COLOMBIA**
DEPARTAMENTO **MAGDALENA**	MUNICIPIO **STA MTA**		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA **0 2** MES **08** AÑO **2017**		FECHA DE RETIRO DÍA **31** MES **1 2** AÑO **2 020**
CARGO O CONTRATO **AUXILIAR DE ENEFERMERIA**	DEPENDENCIA **CIRUGIA**		DIRECCIÓN **CALL 14 23-42**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD **UNIDAD GASTROQUIRURGICA**	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 7 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 11 AÑO2017
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMAERIA	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN Calle 29 a n 13-29

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

ORMATO 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*
SERVIDOR PÚBLICO	3	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento **SANTA MARTA 04 JUNIO DE 2020**

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **57.298.116**

MORENO YEPES

APELLIDOS

YAQUELIN ESMITH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-OCT-1983**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-FEB-2002 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00633374-F-0057298116-20141020 **00405**43498A 3 4693016544

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47- 273

Por la cual se registra un título

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994 y Resoluciones No. 02085 de febrero 7 de 1989 y 0440 de febrero 8 de 1993

CONSIDERANDO:

Que, **YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES** identificada con cédula de ciudadanía N° 57298116, ha solicitado el registro de su título de TÉCNICO EN **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA "CETECOS", según acta de certificados No. 0205 de fecha 28 de Febrero del 2003.

RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a **YAQUELIN ESMITH MORENO YEPE** para ejercer la profesión de TÉCNICO EN **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 29 ABR 2004

SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA

LIDERAZGO SEGURIDAD Y TRANSPARENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Departamento del Magdalena
Santa Marta D.T.C.H.

LICEO JORGE ELIECER GAITAN

Colegio de Bachillerato de Educación Formal, con modalidad Académica, Metodología Semipresencial y a Distancia, con Promoción flexible para Jóvenes y Adultos de acuerdo con los lineamientos de la Ley General de Educación y el decreto reglamentario No 3011 de diciembre 19 de 1997, artículo 19; y con Reconocimiento Oficial según Resolución 336 de julio 16 de 1998 de Departamento Administrativo de Educación y Cultura del Distrito de Santa Marta, Código ICFES 084913

Confiere a:

YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

Identificada con cc. No. 57.298.116 de Santa Marta

EL TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber alcanzado los logros en los CICLOS ESPECIALES de la Educación Media Académica, y lo establecido en ***PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL.***

Registrado para efectos legales de Conformidad con el Decreto Nacional No.921 de mayo 6 de 1994 en el libro de Registro de Diploma No 01, Acta General No.20. Folio No.20 No. de orden 05 Fecha 14 de julio de 2007

Santa Marta, D.T.C.H., julio 14 de 2007

JORGE ELIÉCER VACCA ESCOBAR
C.C. No.7.432.111 de Barranquilla

MARIA ELENA MÁRQUEZ ZALDÚA
C.C. No.36.524.719 de Santa Marta

Número de orden 05

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA

EL LICEO JORGE ELIÉCER GAITÁN

CÓDIGO ICFES 084913

Autorizado según resolución 336 de julio 16 de 1998, para expedir certificaciones y títulos de bachillerato académico, en la Modalidad Semipresencial y de Promoción Flexible para adultos en la Educación por Ciclos Lectivos Especiales Integrados y de Media Académica, normatizado en el decreto 3011 de 1997.

ACTA DE GRADUACIÓN

En atención a que MORENO YEPES YACQUELIN ESMITH, Identificada con C.C. 57.298.116 expedida en Santa Marta. Cursó, cumplió y aprobó los requisitos establecidos en EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, le expide el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Registrado para efectos legales de conformidad con el Decreto Nacional 921 de mayo 6 de 1994 en el libro de Registro de Diploma No. 001, Libro de Actas de Graduación No.001. Acta General No.20 Folio No.20 del 14 de julio del 2007

Para constancia se firma en Santa Marta, a los 14 días del mes de julio del 2007.

JORGE ELIÉCER VACCA ESCOBAR
Especialista en Educación a Distancia
Rector
cc.7.432.111 B/quilla

MARIA E. MARQUEZ ZALDÚA
Especialista en Artes Plásticas
Secretaria Académica
cc.36.524.719 de Santa Marta

CETECOS

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

Aprobación Oficial No. 108 del 18 de febrero de 1997 Y 411 Del 6 De Septiembre De 2000

ACTA DE OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS No 0205

En la ciudad de santa marta, departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 7:00 PM del día 28 de Febrero de 2003, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de aptitud ocupacional como técnico en:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A : YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la institución y Cuerpo Docente.

Numero de horas 2400 Horas

Para constancia se firma la presente acta en el numero de copias que ordena el reglamento académico

Copia Notaria Tercera de éste Circulo hago constar que ésta FOTOCOPIA coincide con su original que he tenido a la vista.
13 ENE. 2004
ROSA VICTORIA CAMPO RODRIGUEZ
NOTARIA TERCERA
SANTA MARTA D.T.C.H.

DIRECTOR ACADEMICO

COORDINADOR ACADEMICO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO
ALCALDÍA MAYOR DE SANTA MARTA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

RESOLUCION No 411
( )

POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA OFICIALMENTE LA AMPLIACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO A UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACION NO FORMAL

El Departamento Administrativo de Educacion y Cultura del Distrito de Santa Marta, y la oficina Coordinadora del programa Educación para Jóvenes y Adultos, en uso de las facultades conferidas por el articulo 151 Literal I de la Ley 115 de 1994, y el Literal C del articulo 15 del Decreto 114 de 1996.

CONSIDERANDO

Que el Departamento Administrativo de Educación y Cultura a través de la oficina Coordinadora de Educación para jóvenes y Adultos, es la encargada de analizar, tramitar y expedir las correspondientes autorizaciones para prestación del Servicio Educativo a las Instituciones de Educación No Formal.

Que la Institución de Educación No Formal CETECOS seccional Santa Marta, y ubicado en la calle 16 No. 3-08 a través de su representante legal, ANA MARIA GARCIA, identificada con C.C 36.547.775 de Santa Marta, solicitó autorización oficial para ampliación en la prestación del servicio educativo No Formal, en los programas del campo de la salud: PROMOTORIA DE SALUD, con duración de 800 horas. AUXILIAR DE DROGUERIA, con duración de 800 horas. AUXILIAR DE ENFERMERÍA, con duración de 1800 horas. En el campo laboral. ANÁLISIS Y PROGRAMACIÓN DE COMPUTADORES, con duración de 1360 horas. AUXILIAR DE PREESCOLAR, con duración de 1100 horas. En el campo de validación PREPARACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL BACHILLERATO, con una duración de 464 horas.

Que El Departamento Administrativo de Educación y Cultura, puede autorizar programas en las áreas auxiliares de la salud, previo concepto técnico favorable expedido por el Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Que el Instituto de Educación No Formal CETECOS viene prestando el servicio Educativo amparado por la Resolución 108 del 18 de febrero de 1997.

Que el comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en salud, en el acuerdo No 38 del 8 de marzo del año 2000 y el 40 del 16 de agosto, emitió concepto técnico favorable a los Programas. Promotoría de Salud, Auxiliar de Droguería y Auxiliar de Enfermeria al Instituto de Educación No Formal CETECOS

ESTUDIOS TECNICOS
SISTEMATIZADA
CETECOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
DISTRITO TURÍSTICO CULTURAL E HISTÓRICO
ALCALDÍA MAYOR DE SANTA MARTA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

CONTINUACIÓN DE LA RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA OFICIALMENTE LA AMPLIACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO A UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACION NO FORMAL.

R E S U E L V E

ARTICULO PRIMERO: Autorizar oficialmente la ampliación en la prestación del servicio educativo No Formal al Instituto de Educación No Formal CETECOS, en los siguientes programas del área de la salud: PROMOTORIA de SALUD con una duración de 800 horas, AUXILIAR DE DROGUERIA con una duración 800 horas, AUXILIAR DE ENFERMERIA con duración de 1800 horas, en el campo laboral: ANÁLISIS Y PROGRAMACIÓN DE COMPUTADORES, con duración de 1360 horas, AUXILIAR DE PREESCOLAR, con duración de 1100 horas, en el campo de validación: PREPARACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL BACHILLERATO, con duración de 464 horas.

ARTÍCULO SEGUNDO: El Instituto de Educación No Formal CETECOS podrá expedir los siguientes certificados de aptitud ocupacional:

PROMOTOR DE SALUD, con una duración de 800 horas
AUXILAR DE DROGUERIA, con duración de 800 horas.
TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, con duración de 1800 horas.
TÉCNICO EN ANÁLISIS Y PROGRAMACIÓN DE COMPUTADORES, con duración de 1360 horas.
TÉCNICO EN AUXILIAR DE PREESCOLAR, con duración de 1100 horas.
CERTIFICADO DE PREPARACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL BACHILLERATO, con duración de 464 horas.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y tendrá validez mientras la Institución cumpla con los requisitos y mantenga las condiciones que ameritaron su expedición.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución proceden los recursos de reposición y apelación.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

COORDINACIÓN ESTUDIOS TECNICOS
CULTURA GLOBAL SISTEMATIZADA
CETECOS

Dado en Santa Marta, a los 06 SET 2000

MANUEL G. PALMA MAESTRE
Director (E)

YOLANDA PABÓN DE SÁNCHEZ
Coordinadora Educación de Adultos

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: **900223619-0**

ENTHA
10 AÑOS

Reg. EN0225656-2018

CERTIFICA QUE:

YAQUELINE ESMITH MORENO YEPES

C.C. N° 57298116

ASISTIO A LA ACTUALIZACION DEL CURSO TALLER:

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y GENERO RESOLUCION 0459 DE 2012

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE CUARENTA Y SEIS (46) HORAS ACADEMICAS SEGÚN LO EXIGIDO POR LA RESOLUCION 2003 DEL 2014.
DESDE EL 27 AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2018.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA MAGDALENA, EL DIA 29 DE DICIEMBRE 2018.

CARLOS RAMIREZ VALDERRAMA
GERENTE ENTHA LTDA

MARIA JOSE SEPULVEDA GAMARRA
COORDINADORA ACADEMICA

Gescons
S.A.S.
Gestión De Estrategias En Construcción En Salud

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

C.C. No. 57.298.116

Realizo y Aprobo el Curso de:

SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO

"BASIC LIFE SUPPORT" – "ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT"

B.L.S – A.C.L.S

Para Auxiliar de Enfermeria

Cumplio Satisfactoriamente los Requisitos Academicos, Legales y Reglamentarios del Curso Teorico – Práctico. Con Instructor A.H.A BLS – ACLS, siguiendo los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASSOCIATION (A.H.A).

GESTION DE EDUCACION CONTINUADA EN SALUD Nit: 900792444-9 MATRICULA MERCANTIL 611199 EN CONVENIO CON LA FUNDACION PARA LA CAPACITACION PROFESIONAL "FUNCAP" RES. 1593 de 1999 / 1037 de 2000 / 882 y 883 de 2004 concedida por la Secretaria de Educacion Distrital; Autorización Oficial bajo la Resolución No. 075 de 2002, Acuerdo No. 010 de la Secretaria de Educación del Departamento del Atlántico y el Acuerdo No. 056 del Ministerio de Proteccion Social para impartir programas de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano

Realizado en la Ciudad de Santa Marta – Magdalena, en el Mes de Junio de 2019 con una Intensidad de 18 Horas. Este Certificado tiene una Vigencia de Dos (2 años) a partir de su Expedicion:

Reg. No: GEF- 0124

NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
NOTARIA TERCERO DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
ESTE TEXTO CORresponde A LA PRESENTACION PERSONAL
26 JUN 2019
LUIS AVILA PACHECO

LUIS FELIPE MENDOZA ARCHBOLD

REPUBLICA DE COLOMBIA

C E T E C O S

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADO
CONFIERE:

Certifica que:

YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

Asistió y cumplió satisfactoriamente con el Seminario de:

CIRCULANTE EN CIRUGIA

INTENSIDAD: 250 HORAS

SANTA MARTA 14 DE OCTUBRE DE 2005

ANA MARIA GARCIA BOYANO
DIRECTOR

JAIRO GARCIA LOPEZ
COORDINADOR ACADEMICO

SALAMANDRA®

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE

Yaquelín Moreno Yepes

APROBÓ EL CURSO

Reanimación Pediátrica y Neonatal

Este programa acredita 20 horas de educación continua

Como constancia se firma en Santa Marta, a los quince (15) días del mes de Enero de 2010

LAUREANO QUINTERO
Director Científico

OLYMPUS

HOSPIMEDICS S.A.

Certifican que

YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

c.c. 57298116

Asistió al entrenamiento

REPROCESAMIENTO INTERMEDIO EQUIPOS ENDOSCOPIA OLYMPUS

Realizado en Medellín, el 03 de Octubre de 2012

Andrés Duque Juez
Coordinador Soporte Técnico - Regional Antioquia

OLYMPUS

HOSPIMEDICS S.A.

Certifican que

YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

c.c. 57298116

Asistió al entrenamiento

REPROCESAMIENTO BÁSICO EQUIPOS ENDOSCOPIA OLYMPUS

Realizado en Santa Marta, el 21 de Marzo de 2012

Andrés Duque Juez
Coordinador Soporte Técnico - Regional Antioquia

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE

Yaqueline Esmith Moreno Yepes

APROBÓ EL CURSO

Soporte Básico de Vida

Este programa acredita 20 horas de educación continua en los componentes de
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA

Como constancia se firma en Santa Marta, a los once (11) días del mes de Enero de 2017

LAUREANO QUINTERO

UNIDAD GASTROQUIRÚRGICA
NIT: 900012306-5
Gastroenterología-Cirugía-Laparoscopia-Endoscopia-Rectosigmoidoscopia-Colonoscopia
Dra. María Alzamora - Dr. Henry Salas - Dr. Luis Gastelbondo-Dr. Joaquín Rivas -Dra. Mirlys López
Calle 29 A Nº 13-29 Teléfono: 4311460
Nit. 900.012.306-5

Santa Marta, 8 de Agosto de 2018

HACE CONSTAR

Por medio de la presente certifico que YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES, identificada con cedula de ciudadanía N°57.298.116 de Santa Marta, laboro en UNIDAD GASTROQUIRURGICA LTDA, como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde fecha de 01 de Noviembre de 2009 hasta 30 de noviembre de 2017 , desempeñándose de manera exitosa en su cargo.

Esta certificación se expide en Santa Marta a los 8 (OCHO) días del mes de Agosto de 2018. A solicitud del interesado.

HENRY SALAS
REPRESENTANTE LEGAL
UNIDAD GASTROQUIRURGICA LTDA

UNIDAD GASTROQUIRÚRGICA
NIT. 900012306-5

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	12-05-20	0129M074	
Fiebre Amarilla	Única	12-05-20	P3M81	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	12-05-20	2838K004AC	
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	12-05-20	12-05-20	VEK1400B
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yageelin

Apellidos: Moreno Yepes

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 57298116

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 10 Año 1983

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES identificado(a) con CC 57298116 registra La siguiente información:

2020-06-04→8:33:19 AMInformación Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2004-04-29	273	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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 puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Yaqselin Esmith Moreno Yepes

IDENTIFICADO CON: C.C. ✓ C.E. T.I. N° 57.298.116 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia. Departamento Magdalena. Municipio Santa Marta.

Dirección Mza. D Casa. 14. Diagonal. Teléfonos 3222755451

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Arturo Jose Gomez Moreno	1.004.363.852	Hijo
Karla. Marcela Moreno Moreno	1.082.931.013.	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	12.720.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda.	Ahorro	117100040239	Sta Mta	5.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa.	Mz. D. C14. Transversal las. Avenidas.	30.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Joaquin Moreno

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Santa Marta 04/Junio/20

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación

Fecha de Radicación

132189639

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ✓ B. Traslado de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual ✓ Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional — B. Protección Laboral — C. Independiente — D. Pensionado — E. Régimen Especial — F. Vinculado ✓ G. Movilidad

3. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ B. Independiente — C. Pensionado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

Código (a registrar por la EPS): 03

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

5. Apellidos y nombres

Primer Apellido: MORENO — Segundo Apellido: PEREZ — Primer Nombre: JAQUELIN. — Segundo Nombre: C.

6. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC ✓ PA SC

7. Número del documento de identidad: 57.298.116

8. Sexo: Femenino ✓ Masculino

9. Fecha de nacimiento: 03 10 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

10. Etnia

11. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P

12. Puntaje SISBEN

13. Grupo de población especial

14. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: COLMENA

15. Administradora de Pensiones: COLFONDOS.

16. Ingreso base de cotización - IBC: $ 877803

17. Residencia — Dirección: MZ D CASA 14 PORTAL DE LAS AVDAS.

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3227554501

Correo Electrónico: yakarar2018@gmail.com.

Municipio / Distrito: SANTA MTA

Zona: Urbana ✓ Rural

Localidad / Comuna

Departamento: MAGDALENA.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

18. Apellidos y nombres

Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

19. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC

20. Número del documento de identidad

21. Sexo: Femenino Masculino

22. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

23. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	24. Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	26. Sexo	27. Fecha de nacimiento	28. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	29. Etnia	30. Discapacidad: Tipo	Condición	31. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	32. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

33. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C: UAP STA MTA - UAP CERES

B:

B:

B:

Código de la IPS (a registrar por la EPS): 10314 — 12581

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación (NIT, CC, TI, PA, CE, CD)	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [x] 14. Traslado: [x] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
				04062020

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
MEDIMAS - RETIRADO	Código 01	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Paquelin Moreno	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: TRASLADO D.
CARGO: ENFERMERA
COTIZANTE INDEPENDIENTE

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

SES Santa ... 02 JUN 2020

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: SIMON TAMAYO 7.140.339

Sello Recibido Por:

Sticker procesamiento: CC-7140339 Tamayo Gonzalez Simo Abierto 7140339

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57298116
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:	YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA
DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ B CASA 14 PORTAL DE LAS AVENIDAS
TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL
SUCURSAL / DEPENDENCIA:	IBF - COLMENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4330187040
TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2020
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	26
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/31
NÚMERO AUTORIZACIÓN	9999566915

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.700	$ 0	$ 140.500	$ 2.700	$ 143.200
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 2.700	$ 143.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 109.800	$ 2.100	$ 0	$ 111.900
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 2.100	$ 0	$ 111.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 500	$ 0	$ 21.900
SUBTOTALES:									$ 21.400	$ 500	$ 0	$ 21.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 57298116	MORENO YAQUELIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803				NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPS044-MEDIMÁS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-25-COLMENA	30	$ 877.803	57298116	$ 21.400

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 277.000

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57298116
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ B CASA 14 PORTAL DE LAS	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - COLMENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4327231942**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		47			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999514377

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 145.300
SUBTOTAL:			1	**$ 145.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 22.200
SUBTOTAL:			1	**$ 22.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 281.100**

Limpiar

Resultado General -2019-11-26- 4:25:02 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	57298116	YAQUELINESMITH		MORENOYEPES		Ver

Información Detallada [CC: 57298116] YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES

2019-11-26 -4:25:02 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2004-04-29	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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 puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

LABORATORIO CLINICO
CONTINENTAL

PRIMER LABORATORIO CLÍNICO ACREDITADO DE COLOMBIA

PACIENTE:	MORENO YEPES YAQUELIN ESMITH	Orden No.:10317127	
INGRESO:	2019-10-31 13:19	EDAD: 36 Años	
MEDICO:	PARTICULAR	SEXO: Femenino	
HISTORIA:	57298116	TEL: 3222755461	
EMPRESA:	PARTICULAR (STA MARTA)	SEDE SANTA MARTA	

Fecha Hora Impresion: 2019-11-13 09:47

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de Referencia
INMUNOLOGIA			
ANTI HBS	132.8	mUI/ml	

NEGATIVO: MENOR DE 10.0
POSITIVO: MAYOR O IGUAL A 10

Bacteriologo Responsable:

VIGILADO Supersalud Línea de Atención al Usuario: 8600479 Línea Gratuita Nacional 018002616383

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C., **17/09/2018**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES** con **Cédula de Ciudadanía** número **57298116**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550117100040239**
Fecha de apertura	**06/03/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57298116
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ B CASA 14 PORTAL DE LAS AVENIDAS	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - COLMENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4341419687**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Junio AÑO	2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/06/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9990690818

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 0**	**$ 140.500**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									**$ 21.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES SLN	INT	ERM	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 57298116	MORENO YEPES YAQUELIN ESMITH	INDEPENDIENTE MTG CONTRATO PRESTACION DE		$ 877.803			NO	01					231001-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-25-COLMENA	30	$ 877.803	57298116	$ 21.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 271.700**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57298116
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			YAQUELIN ESMITH MORENO YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ B CASA 14 PORTAL DE LAS AVENIDAS	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	002 - COLMENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**434149687**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES: junio AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2020				
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/06/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990690819				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
23100	23100-COLFONDOS	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 0**	**$ 140.500**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									**$ 21.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 57298116	MORENO YEPES YAQUELIN ESMITH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803				NO	51															

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES — SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
	23100-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500

SALUD	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800

ARP	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
	14-25-COLMENA	30	$ 877.803	57298116	$ 21.400

PARAFISCALES	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 271.700

Planilla Pagada

Certificado de Aptitud Laboral



Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 57298116
Sexo: Femenino ♀
Apellido: Moreno Yepes
Nombre: Yaquelin Esmith
Edad: 34 años
Empresa: Particular
Nacim: 03/Oct/1983
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Rh: O+
Direccion: Mz D Casa 14 Portal De Las Avenidas
Telefono:
Celular: 3222755451
EPS: Regimen Especial
ARL: Colmena
AFP: Colfondos
Escolaridad: Tecnico Laboral
Estado Civil: Soltero
Jornada Laboral: Sin Definir
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 09/Ago/2018, **Hora:** 11:55:39 a.m.
Recepcion: # 20518

Tipo de Examen: Ingreso

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso

Recomendaciones

Higiene Postural, Ejercicio Regular, Induccion Al Sitio De Trabajo, Pausas Activas, Estilo De Vida Saludable, Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional

Yaquelin Esmith Moreno Yepes
CC 57298116

Huella Digital

CALLE 21 No. 14 – 33 BARRIO ALCAZARES
Email: alsomltda@hotmail.com, TEL: 4354299, SANTA MARTA