E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 04 FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, **YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ**, Identificado con Cédula No. **1.11.8.846.476** y Profesión **ENFERMERA** **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Yuleidy Almanza M.

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.846.476**

ALMANZA MUÑOZ

APELLIDOS

YULEIDY ASTRID

NOMBRES

Yuleidy Almanza M.

FIRMA





INDICE DERECHO

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

PEDRAZA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

22-JUN-2011 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1118846476**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1118846476	ALMANZA	MUÃ‘OZ	YULEIDY	ASTRID	2022-07-16, 5:15 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1118846476	ALMANZA	MUÃ‘OZ	YULEIDY	ASTRID	2022-12-12, 9:11 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

Santa Marta, 13 Diciembre de 2022

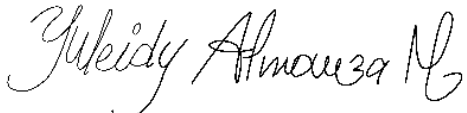
Doctor
José Rafael Domínguez Ayala
Gerente (E)
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Ref Propuesta de trabajo

Yo, YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.118.846.476 de Riohacha, La Guajira, soy enfermera, por medio de oficio, me permito dejar a su consideración la presente propuesta.

Cortésmente me dirijo, para ofrecerle mis servicios como enfermera; por medio de este escrito pido la oportunidad de hacer parte del equipo de trabajo del Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Con mi experiencia y mi buen desempeño como ser humano y profesional; ayudaré a brindar una buena atención a toda la población usuaria de la Entidad.

Atentamente,



YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
C.C 1.118.846.476 de Riohacha, La Guajira.
Enfermera

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211300306

WEB
20:47:55

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1118846476:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 12 de diciembre de 2022, a las 20:49:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1118846476
Código de Verificación	1118846476221212204919

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:52:23 PM horas del 12/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1118846476**
Apellidos y Nombres: **ALMANZA MUÑOZ YULEIDY ASTRID**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/12/2022 09:09:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1118846476 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **48389677** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14634381666

(415)7707212489984(8020) 000001463438166 6

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: C L 46 64 59

42. Correo electrónico: yuleidyastrid25@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 8 1	2 0 1 7 0 7 1 2					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

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

984. Nombre ALMANZA MUÑOZ YULEIDY ASTRID
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES

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

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 25 MES 03 AÑO 1993

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Pedraza

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3206319492 EMAIL yuleidyastrid25@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2009

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

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

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

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

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

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

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Yuleidy Almanza M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia

Institución Educativa

Técnico Agropecuaria y Ecológica "José Dadul"

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

Confiere a:

Yuleidis Astrid Almanza Muñoz

TI No. 93032529974 de Pedraza (Magdalena)

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad : Agropecuaria y Ecológica

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

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO AGROPECUARIA Y ECOLOGICA "JOSE DADUL" RECTORIA

Rector

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO AGROPECUARIA Y ECOLOGICA "JOSE DADUL" SECRETARIA

Secretario (a)

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

Anotado en el libro de Registro de Diploma

Tomo 002 Folio 012 No. 018

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

ACTA DE GRADO

Institución Educativa
Técnico Agropecuaria y Ecológica
"José Dadul"

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

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

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

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

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

Rector

Secretario (a)

Universidad Metropolitana
Ciencias de la Salud
Programa de ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO

Código: E-84-3562-16

Otorgada a:

Yuleidy Astrid Almanza Muñoz

Cédula De Ciudadanía 1.118.846.476 de Riohacha

En Barranquilla a los 29 días del mes de Julio de 2016 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vicerrector, Director(a) de los Subsistemas Administrativo y Académico, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico. Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

Yuleidy Astrid Almanza Muñoz

Cédula De Ciudadanía 1.118.846.476 de Riohacha

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

Enfermera

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

Tras de felicitar a los graduados se dió por clausurado el Acto de Grado, a los 29 días del mes de Julio de 2016.

ALBERTO E. ACOSTA PEREZ
Rector

JAIRO ALFONSO TELLEZ MOSQUERA
Vicerrector

MARÍA CLAUDIA VARGAS VASQUEZ
Director(a) de Programa

Resolución 1052 de febrero 25 de 1974 del Ministerio de Educación Nacional

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

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

C.C.No. 1.118.846.476 de Riohacha

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

ENFERMERA

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

VICE-RECTOR

RECTOR

Mª Claudia Vega Vásquez
DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 8 DEL LIBRO 2

NÚMERO DE REGISTRO E - 2615

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS

29 DÍAS DEL MES Julio DEL AÑO 2016

13044
THOMAS GREG & SONS.

HACE CONSTAR QUE:

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

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los catorce (14) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ
C.C. 1.118.846.476

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
Barranquilla

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



5270

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

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

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

Yuleidy Almanza Muñoz

FIRMA DEL PROFESIONAL

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam… 1

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.



Cambiar

5519

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-12-12→9:25:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1118846476	YULEIDY	ASTRID	ALMANZA	MUÑOZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ identificado(a) con CC 1118846476 registra La siguiente información:

2022-12-12→9:25:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016-08-26	1118846464	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

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

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

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

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

MANEJO INTEGRAL EN SALUD DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Actualización del curso de 20 horas

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

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

HADER TOVIO CORREA
Psicólogo - Instructor

LISETH MIRANDA
J. Enf - Instructora

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
R. Legal de Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3015101495

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

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

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

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

SOPORTE VITAL BASICO

B.L.S

Actualización del curso de 20 horas

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

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

TULIA BARBOZA
Enf. Instructor

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep . Legal - F. Convivencia

DARIO BENITEZ RODRIGUEZ
Director Protalenthu

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

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT 900398151-7

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

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

SOPORTE VITAL AVANZADO

A.C.L.S

Actualización del curso de 20 horas

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

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

DUVER CEPEDA
Medico Esp. Urgencia y Cuidado Critico

LISETH MIRANDA
J. Enf - Instructora

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep. Legal - Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

+573015101496

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

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

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

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

MANEJO DEL PROCESO DE DUELO E INTERVENCION EN CRISIS

Actualización del curso de 20 horas

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

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

DUVER CEPEDA
Gerente - Esp. Urgencia y Cuidado Cronico

HADER TOVIO CORREA
Psicologo - Instructor

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
R. Legal-Fundacion Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3015101495

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

Sabanasalud Sahagúns.A.S.
NIT 900398151-7

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

CERTIFICA QUE

YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

CC. 1.118.846.476

Realizó el curso de

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Actualización del curso de 20 horas

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

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

HADER TOVIO CORREA
Psicologo - Instructor

WILSON HANDAM
J. Enf - Instructor
T.P 0601

ALBERTO ARROYO GONZALEZ
Rep. Legal F, Convivencia

DARIO BENITEZ R.
Director-Protalenthu

3015101495

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

Consultorio Cra 24 # 19-07
Celular 3046817939

EMPRESA: HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICADO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

TIPO DE EVALUACION EXAMEN INGRESO

Santa Marta *Fecha del Examen :* 25/10/2022

NOMBRE : YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ

DOCUMENTO : 1.118.846.476 CELULAR : 3206309492

EDAD: 29 GRUPO SANGUINEO: A+

CARGO: ENFERMERA JEFE DIRECCION:CRA 19D #8-24 B. ALMENDROS

EXAMEN FISICO:

PESO: 50 *TALLA:* 156 *TENSION ARTERIAL:* 110/70

PRUEBAS REALIZADAS

VISIOMETRIA : OD:20/20 OI:20/20 *USA LENTES :* NO

CARDIOPULMONAR: NORMAL:X ANORMAL:

OSTEOMUSCULAR: NORMAL:X ANORMAL:

EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN : NORMAL:X *ANORMAL:*

CONCEPTO MEDICO : APTO PARA LABORAR : SI
SIN LIMITACIONES PARA EL CARGO *RESTRICIONES : NO HAY*

OBSERVACIONES : CUIDADOS DEL EMBARAZO.

RECOMENDACIONES :

Realize Pausas activas 3 veces dia .

Higiene Postural

Actitud Positiva a las actividades diarias son el mejor modo en la prevencion del Estres Laboral y Social

Ponga en practica las normas de Asepsia y antisepsia en sitio de trabajo y casa

Para levantar pesos mayores de 25 kg utilise apoyo mecanico o humano

Al inicio y durante el trabajo utilize los elementos de proteccion personal

CONTINUAR CONTROLES PRENATALES

FIRMA :

REGISTRO MEDICO: 0556 SSM

LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL: 1310 SSM

SANTANDER MARQUEZ BUSTAMANTE

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
TP 0556 R.M. LIC 11030
UNIVERSIDAD UNIPOLITE

Powered by CamScanner

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

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

VIGILADO Supersalud

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

VIGILADO Supersalud

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

VIGILADO Supersalud

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

VIGILADO Supersalud

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

EL HOSPITAL

LUIS OSCAR GALVES MATEUS
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

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

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

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

EL CONTRATISTA

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

VIGILADO Supersalud

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

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

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

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

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

Solidariamente,

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

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

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

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

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

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

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Yuleidy Astrid

Apellidos: Almanza Muñoz

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

No. 1.118.846.476

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 03 Año 1993.

Escaneado con CamScanner

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

Escaneado con CamScanner

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

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

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

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

BOOSTRIX	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

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

POLIO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

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

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

Nombre	Yuleidy.
Apellidos	Almanza M
Identidad	
Concecutivo	7414

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

INFLUENZA AGRIPPAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

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

TRIPLE VIRAL MORUPAR®	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE Nº	FIRMA
	1			

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

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

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

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

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

NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA DE VACUNACIÓN	LOTE Nº	FIRMA
	1			
OTRAS				

El servicio público es de todos | Función Pública

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

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

Nombres y apellidos completos

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

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1118846476

Lugar de nacimiento

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	PEDRAZA

Lugar de domicilio

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	PEDRAZA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bogotá, Diciembre 12 de 2022

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

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

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

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

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

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

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1118846476, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/08/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201022208121.

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de Diciembre de 2022.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 12/12/2022 9:06:23 p. m.
ISCDC: 12/12/2022 9:06:23 p. m.

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

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo			
YULEIDY ASTRID ALMANZA MUÑOZ	M		F	X

Tipo de Documento										Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.118.846.476	Riohacha, La Guajira	22/06/2011

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
25	3	1993	PEDRAZA	CALLE 13 # 32-33	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
yuleidyastrid25@HOTMAIL.COM	3102443351	

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado				0	0	8	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

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

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

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 2.600.000	Total Egresos mensules	$ 2.600.000
Otros Ingresos Mensules	$ 00	Otros Egresos Mensuales	$ 00
Total Activos	$ 50.00.000	Total Pasivos	$ 2.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes 12	Año 2022	Es declarante?	SI		NO	X

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

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

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.





5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento