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,** Leydi Johana Daza Alvarez, Identificado con Cédula No. 1082901760 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: _____

	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 1.082.910.760

DAZA ALVAREZ

APELLIDOS

LEYDI JOHANA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1989

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

26-FEB-2008 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00519380-F-1082910760-20131128 0036031817A 1 4692620690

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082910760**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082910760	DAZA	ALVAREZ	LEYDI	JOHANA	2022-03-07, 9:15 am

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1082910760	DAZA	ALVAREZ	LEYDI	JOHANA	2022-12-13, 5:55 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1082910760	DAZA	ALVAREZ	LEYDI	JOHANA	2023-02-13, 10:09 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Santa Marta, 08 de febrero del 2023.

Dr.:
JOSE DOMINGUEZ
E. S. D.
GERENTE HUJMB

Estimado Doctor.

El motivo de mi carta es ponerme a su disposición y ofrecerle mis servicios como enfermera profesional, comprometiéndome de antemano ejercer mi cargo con la más alta responsabilidad que este amerita y con la mayor disposición y entereza de realizar todas las actividades que este a mi cargo idóneamente.

Comprometiéndome a dar una representación positiva de la imagen de la empresa y esforzándome por hacer de ella una entidad más competitiva enalteciendo su labor dentro de la ciudad.

Agradeciendo la atención prestada, y a la espera de sus gratas noticias, reciban un cordial saludo;

Leydi Daza A

LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ
CC: 1082910760
ENFERMERA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

3. Consecutivo: 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14362209111

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 8 2 0 1 0 7 8 0 — 3 | 6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

19

IDENTIFICACIÓN

21. Tipo de contribuyente	23. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de ciudadanía: 1 3	1 0 8 2 0 1 0 7 8 0	2 0 0 8 0 2 2 6

28. 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
DAZA	ALVAREZ	LEYDI	JOHANA

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
VIZ I CA 8 URB VILLA DIANA

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
leidyva_1619@hotmail.com		3 0 0 8 4 5 6 4 5 8	

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
8 6 9 2	2 0 1 6 0 2 0 3					2 2 3 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2 0																	

55. Clasificación MT

Usuarios aduaneros

56. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

58. Partida	59. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

60. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 6 0 2 0 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exclusivamente a la misma, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del suscriptor:

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

664. Nombre: QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

665. Cargo: Asesora III

Fecha generación documento PDF: 11-02-2016 02:14:56(Pm)

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
Hospital universitario Julio Mendez B.	✓		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena.	Santa Marta.	atencionalusuario@hujmb.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
605 4346262.	DÍA 03 MES 05 AÑO 2021	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera Jefe	UCI Adulto.	Kra 14 #23-42.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Unidad cuidados intensivos Renacer.		✓	Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
La Guajira	Riohacha.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
728 2809.	DÍA 15 MES 09 AÑO 2017	DÍA 01 MES 03 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera Jefe.	Urgencias	Calle 14 # 11-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital santa teresa Jesus de Avila.	✓		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
La Guajira	Riohacha.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4209904	DÍA 16 MES 02 AÑO 2016	DÍA 06 MES 02 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera Jefe	PYP.	Calle 6 Via la Punta.

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.

Powered by CamScanner

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
DAZA	ALVAREZ	LEYDI JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1082910760 — 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 DÍA 27 MES 11 AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Atlantico

MUNICIPIO Barranquilla.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kra 24 # 4375 Santa cruz.

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta.

TELÉFONO 3043310796 EMAIL Ldaza.1127@G.

2 FORMACION ACADEMICA

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: Instituto Magdalena. TÍTULO OBTENIDO: Bachiller tecnico

PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2006.

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	8	✓		Enfermera Profesional	12	2015	1082910760

ESPECIFIQUE 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

Powered by CamScanner

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
SERVIDOR PÚBLICO	2	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4.	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (✓) 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.

Leydi Daza A

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

Powered by CamScanner

República de Colombia

y en su nombre

Institución Educativa Distrital

"Magdalena"

Del distrito Turístico Cultural e Histórico
de Santa Marta – Magdalena

Aprobado por resolución 884 de 28 de noviembre de 2002 de la secretaría de educación distrital de Santa Marta D.C.T.H

Confiere a:

DAZA ALVAREZ LEYDI JOHANA

C.C No. 1.082.910.760 De Santa Marta

Bachiller Técnico

Especialidad Comercial

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

Rector

Secretaria

Anotado en el control interno del plantel

Acta No. 018 Folio No. 020 Fecha 06 DE DIC 2006

Dado en Santa Marta, a los 20 días del mes de octubre de 2015

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1890 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ

con cédula de ciudadanía No. 1.082.910.760 de Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 18 de Diciembre de 2015

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ruiz J
Secretario(a) General

Folio No. 20 Libro de Registros No. 8 Registro No. 9681 Refrendado en Santa Marta el día 18 de Diciembre de 2015

Registros y Diplomas: Juan Alexan Cortés Londoño

00895

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1980 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 47

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA DE GRADO: 18 DE DICIEMBRE DE 2015.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ
con cédula de ciudadanía No 1.082.910.760 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 18 en sesión del día 26 de noviembre de 2015.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Sede, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de Sede: HERMES JAIME GUTIERREZ PIEDRAHITA

Decano(a) Facultad: HAIDY ROCIO OVIEDO CORDOBA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 18 DE DICIEMBRE DE 2015.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.082.910.760, 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 quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunaneticoenfermeria.com/ trienfer@outlook.com

LA SUSCRITA ADMINISTRADORA TEMPORAL DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

CERTIFICA:

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, La profesional **LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ,** identificada con la cedula de ciudadanía **No. 1.082.910.760** cumplió el servicio social obligatorio como **ENFERMERA,** en las siguientes plazas y fechas:

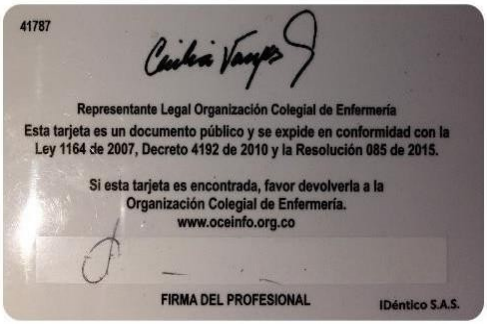
Código de Plaza	Entidad	Modalidad	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
4409000227013-1	E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA DE JESUS DE AVILA - DIBULLA	Prestación de Servicios profesionales	17 de Febrero de 2016	17 de Febrero de 2017

Dada en Riohacha a los 08 días del mes de Mayo de 2017.

LUZ MARIA DE LOS ANGELES CASTAÑEDA
Administrador Temporal del Sector Salud

Proyectó: Ricardo José Díaz Lindao, Director Técnico Desarrollo Institucional
Reviso: Leslie Bruzon Peñaranda, Profesional Especializado-IVC.


GOBIERNO DE COLOMBIA
La salud es de todos
Minsalud
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD
ENFERMERA
LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ
C.C. 1.082.910.760
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 18/12/2015
Fecha de Inscripción en Rethus: 12/02/2021


41787
Representante Legal Organización Colegial de Enfermería
Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co
FIRMA DEL PROFESIONAL
IDéntico S.A.S.

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

3073

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-02-13→11:37:00 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082910760	LEYDI	JOHANA	DAZA	ALVAREZ	Vigente	Ver

CIL
CORPORACIÓN INTERNACIONAL
DE LÍDERES ONG

Hace Constar Que

Leydi Johana Daza Alvarez

C.C. 1.082.910.760

Aprobó la formación correspondiente al

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de cuarenta (40) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Valledupar a los seis (06) días del mes de marzo del año 2021
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Ministerio de Educación Nacional Art 2.6.6.8

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Lideres ONG

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialista en Auditoria Clínica

Para la validez de su diploma se puede comunicar al 3003905210 o al correo cil.colombia@hotmail.com o subdirector@corporacioninternacionallideres.org

CIL
CORPORACIÓN INTERNACIONAL
DE LÍDERES ONG

Hace Constar Que

Leydi Johana Daza Alvarez

C.C. 1.082.910.760

Aprobó la formación correspondiente al

CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Vigencia 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad de cuarenta y ocho (48) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Valledupar a los seis (06) días del mes de marzo del año 2021
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Ministerio de Educación Nacional Art 2.6.6.8

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional LIderes ONG

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Certificación Internacional AHA-Proveedor en Salud
Especialista en Cuidado Crítico

Para la validez de su diploma se puede comunicar al 3003905210 o al correo cil.colombia@hotmail.com o subdirector@corporacioninternacionallideres.org

FUNTEC

Fundación para el Desarrollo Tecnológico, Científico y Cultural de Colombia
NIT. 802.011.300-1

CERTIFICA QUE:

LEYDI JOHANA DAZA ÁLVAREZ

C.C. No. 1082910760

Asistió y Aprobó el

DIPLOMADO EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Realizado desde Junio 19 del 2021 hasta Agosto 21 del 2021
con una Intensidad de 120 horas

CIELO CRESPO ESCORCIA
Directora

PIEDAD MARÍA CRESPO E.
Coordinadora General

Barranquilla, Agosto 21 del 2021

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ

C.C. 1082910760

APROBÓ EL CURSO TALLER:

"GESTIÓN DEL DUELO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 13 DE MARZO DEL 2021
DURACIÓN 08 HORAS

TEMARIO: ROL DEL PROFESIONAL EN LOS PROCESOS DE NEGACION Y ACEPTACIÓN EN EL PACIENTE, EL DUELO EN SITUACIONES ESPECIALES, DUELO ANTICIPATORIO, DUELO POR SUICIDO, DUELO POR MUERTE TRAUMATICA, DUELO POR DESAPARICIÓN, DUELO POR MUERTE PERINATAL RESOLUCIÓN 3100/2019.

KAREN LOBO NARVAEZ.	DR. JUAN PABLO SALGADO C.	DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADORA OPERATIVA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.	COORDINADOR MEDICO, NEUROCIRUJANO REGISTRO MEDICO NO. 20511/05 INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.	COORDINADOR MEDICO NACIONAL RM No. 1020721546 INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

FECHA DE RENOVACION MARZO DE 2023 cel.310 7451759

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - No CUENTA: 791220

EMPRESA: CLIENTE PARTICULAR

TIPO CERTIFICACION

1. PREINGRESO [X]	2. PERIODICO PROGRAMADA [ ]	3. RETIRO [ ]	4. CONTROL [ ]	5. POST INCAPACIDAD [ ]
6. REUBICACION [ ]	7. CASO OCUPACIONAL [ ]	8. TRAB. EN ALTURAS [ ]	9. ESPACIOS CONFINADOS [ ]	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS [ ]

DATOS DEL PACIENTE



FECHA: 25/02/2023	EMPRESA EN MISION: PARTICULARES SO		
NOMBRE: LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ		DOC. IDENTIDAD: CC 1082910760	
CARGO: ENFERMERA JEFE			EDAD: 33 AÑOS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	FECHA DE NACIMIENTO: 1989-11-27	EPS: NUEVA EPS	
DIRECCIÓN: SANTA CRUZ		TELEFONO: 3043310796	
PESO: 50 Kg	TALLA: 155 Cm	P.ABDOMINAL: 0 Cm	IMC: 20.81

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE PREINGRESO

CONCEPTO	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	[ ]	[X]

CONCEPTOS GENERALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. VISUAL [ ]	2. AUDITIVO [ ]	3. RESPIRATORIO [ ]	4. CARDIOVASCULAR [ ]	5. PSICOSOCIAL [ ]	6. ERGONOMICO [ ]	7. OTROS [ ]

REMISIONES SI [ ] NO [X]	ARL SI [ ] NO [X]	EPS SI [ ] NO [X]

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES A ADOPTAR PARA QUE EL TRABAJADOR PUEDA DESEMPEÑAR LA LABOR

HABITO VIDA SALUDABLE
DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS
EJERCICIOS RECREATIVO.
OSTEOMUSCULAR NORMAL
CARDIOVASCULAR.- NORMAL

CONCEPTOS OCUPACIONALES

OBSERVACIONES Y/O REMISIONES

EDUARDO ANTONIO MARINO GARCIA
CC 7473338
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 1591
RS. 2024

Leydi Daza A

LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ
CC 1082910760
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

SALUD OCUPACIONAL - SANTA MARTA
CARRERA 5 N 26B-23 3187117423
Fecha de Impresión: 25/02/2023 - 11:49

Imprimió: NIYIRETH ODALMIS SANCHEZ MALDONADO

SOFTWARE: SIIS SIIS v.2.0- Tel: (2) 4850430

Powered by CamScanner

CLINICA RENACER

NIT: 825.003.080-6

Riohacha, 24 de Febrero de 2021

CLINICA RENACER LTDA.

RIOHACHA, LA GUAJIRA.

A quien corresponda:

A solicitud del interesado, Yo ANGELICA MARIA ALCAZAR USTARIZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.118.858.463 de Riohacha, en calidad de Cordinadora de Gestión Humana de la Clínica Renacer Ltda., dejo constancia que la señora **DAZA ALVAREZ LEYDI JOHANA** identificada con **cedula de ciudadanía No. 1082910760**, se desempeñó como **JEFE DE ENFERMERIA** en nuestra empresa, desde el **15 de septiembre de 2017 hasta el 11 de marzo de 2020.**

Atentamente,

ANGELICA ALCAZAR USTARIZ
Coordinadora de Gestión Humana



BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Más de medio siglo de labor humanitaria

Vacúnate mejor
Vacúnate seguro
Hacemos la diferencia

Cra. 5 No. 25-27 Santa Marta
Tel.: 431 9537 Ext. 112 Cel: 310 671 6608
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

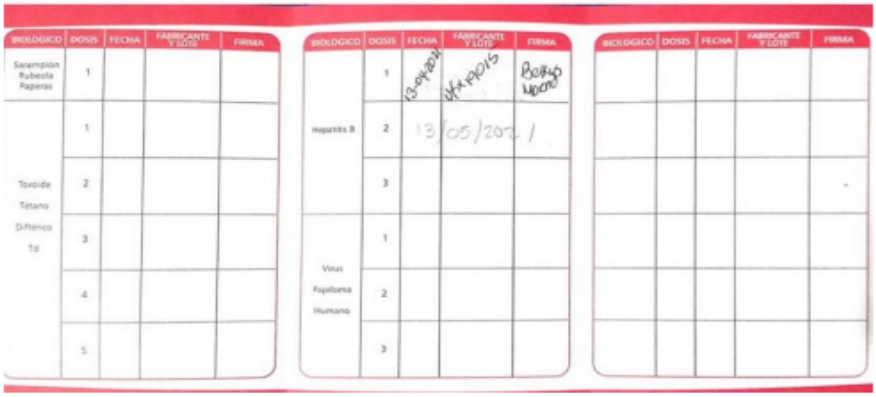
Más de medio siglo de labor humanitaria

Nombres: Leidy Johana

Apellidos: Daza Alvarez

Documento de Identidad: C.C. X C.E. T.I. PASAPORTE
1082910960

Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 11 Año 1985



BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Sarampion Rubeola Paperas	1			
Toxoide Tetano Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA
Hepatitis B	1	13-04-2014	4X40015	Beatriz Moreno
	2	13/05/2014		
	3			
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA

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	2023-02-27 16:00

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEYDI	JOHANA	DAZA	ALVAREZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082910760

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLANTICO	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	$31.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$10,00
Honorarios	$10,00
Otros ingresos y rentas	$10,00
TOTAL	$31.200.030,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$700.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$33.000.000,00

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:

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ**; identificado(a) con **CC** número **1082910760**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/04/2019**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoria: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **8** días del mes **2** del año **2023**

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

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ identificado(a) con C.C No. 1.082.910.760 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 25 de febrero de 2016 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación: El 100% en el FONDO MODERADO desde el día 30 de noviembre de 0002, y el 100% de sus aportes en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 05 de marzo de 2019 .

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de febrero de 2023.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

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 LEYDI JOHANA DAZA ALVAREZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1082910760, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/01/2023 y fecha fin de contrato 28/02/2023 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): 202301012244220.

MS_4_1_1_0013 v_04

Esta certificación se expide a los 08 días del mes de Febrero de 2023.

Cordialmente

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

HUMB 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.		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Leydi Johana Daza Alvarez.

Tipo de Documento: C.C. ✓ | C.E | T.I | R.C | PP

Número: 1022910760.

Expedida en: Sta Mta.

Fecha de Expedición: 28-Feb-2008.

Sexo: M | F ✓

Estado Civil (Seleccione): Soltero | Casado | Divorciado | U. libre ✓ | Viudo

Nivel educativo: Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad ✓

No. Personas a cargo: 3

Tipo de Vivienda: Propia | Arrendada ✓ | Familia

Zona Ubicación: Rural | Urbano ✓

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
27 11 89	Barranquilla.	Kra 24 # 43-75.	Santa Marta.	Magdalena

Correo Electrónico: Ldaza.1127@6mail.com

No. Celular: 3043310796. Telefono:

Ocupación (Seleccione): Estudiante | Independiente | Empleado ✓ | Hogar | Jubilado

Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica:

Descripción del CIIU:

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
HUJMB.	Publica ✓ | Privada | Mixta | Otra, cual?	Enfermera.

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Kra 14 # 23-42	Sta Mta	Alcazares	4365007.

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2600.000.	Total Egresos mensules	2500.000.
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	15000.000	Total Pasivos	10.000.000
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes Enero Año 2023	Es declarante?	SI | NO

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

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: Mi trabajo Como empleada en HUJMB.

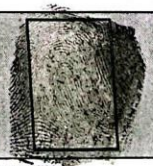
4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

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

Leydi Daza A.



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):