HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC16F VERSION: 05 FECHA DE ULTIMA REVISION: 1/06/2023 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Andrea Carolina Pérez mozo, Identificado con Cédula No. 1083019745 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	x	
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)		
4	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php	x	
5	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	x	
6	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo)	x	
7	Propuesta de Servicios	x	
8	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
10	RUT - Registro Único Tributario	x	
11	Hoja de Vida — Función publica (SIGEP II)	x	
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**	x	
13	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).	x	
14	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	x	
16	Tarjeta Profesional	x	
17	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	x	
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial).**	x	
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	x	
21	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	x	
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	x	
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	x	
29	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
30	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)**	x	
31	Soporte de experiencia laboral.	x	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	x	
33	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**)	x	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	x	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	x	
36	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	x	



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.019.745

PEREZ MOZO
APELLIDOS

ANDREA CAROLINA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1996
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-DIC-2014 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00666687-F-1083019745-20150211 0042854461A 3 43680560

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083019745**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083019745	PEREZ	MOZO	ANDREA	CAROLINA	2022-03-08, 10:40 am
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1083019745	PEREZ	MOZO	ANDREA	CAROLINA	2022-12-12, 10:50 pm
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	1083019745	PEREZ	MOZO	ANDREA	CAROLINA	2023-02-09, 11:17 am

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA DE BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC18F VERSION: 01 FECHA DE ULTIMA REVISION: 02/06/2023 PAGINA 1 de 1

El(la) suscrito(a) Andrea Carolina Pérez mozo identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083019745 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

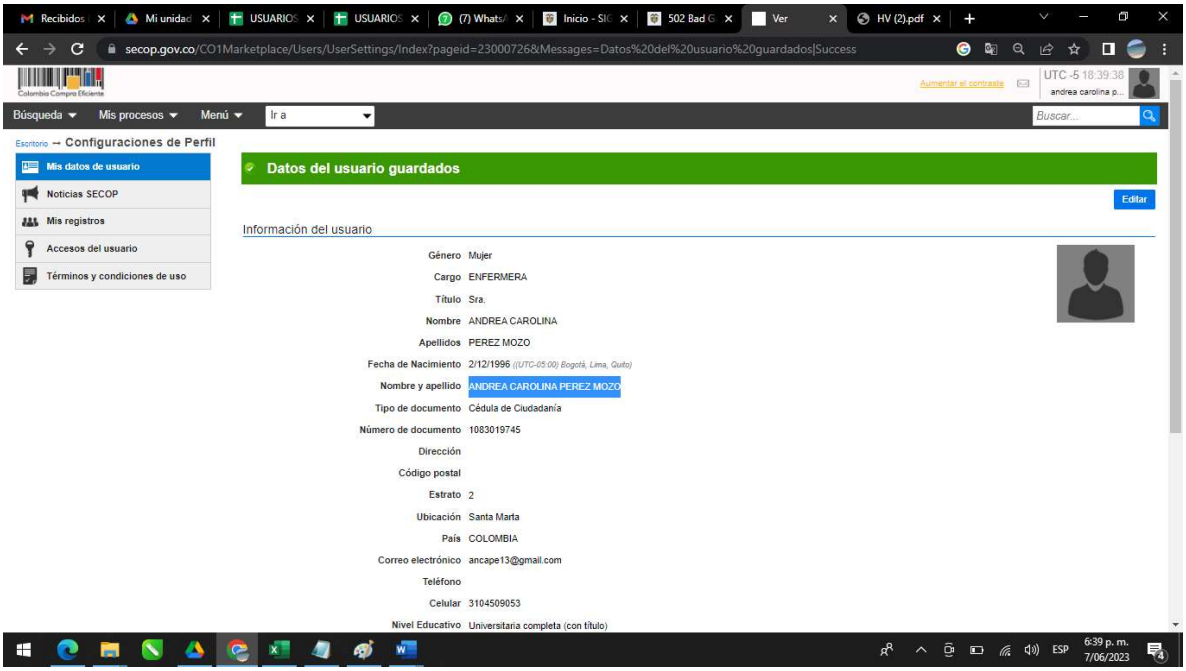
Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día _____ del mes de Junio de 2023.

Firma _____

Nombre Andrea Carolina Pérez mozo

Cédula 1083019745

COPIA CONTROLADA


Recibidos
Mi unidad
USUARIOS
USUARIOS
(7) WhatsA
Inicio - SIC
502 Bad G
Ver
HV (2).pdf
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=23000726&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success
Aumentar el contraste
UTC -5 18:39:38
andrea carolina p...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo ENFERMERA
Título Sra.
Nombre ANDREA CAROLINA
Apellidos PEREZ MOZO
Fecha de Nacimiento 2/12/1996 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1083019745
Dirección
Código postal
Estrato 2
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico ancape13@gmail.com
Teléfono
Celular 3104509053
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)
ESP
6:39 p. m.
7/06/2023

SANTA MARTA, 6 DE JUNIO DEL 2023

SEÑORES

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA

GERENTE

ME pongo en contacto con usted tras haber conocido la oferta de empleo para el puesto de enfermera jefe y haber analizado que cumplo con los requisitos y con la filosofía de la institución.

A lo largo de mi experiencia he afrontado todo tipo de responsabilidades, capacitado para ejercer como profesional en la gestión del cuidado de la persona, familia, equipo multidisciplinario y comunidad.

Soy una persona proactiva, Competente, líder, creativa y me adapto fácilmente a los cambios para cumplir con las metas y mejoras continuas, con sentido de pertenencia.

Le agradezco su atención y la oportunidad para demostrar todo los anterior

cordialmente,



ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO

CC:1083019745 DE SANTA MARTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [1 3] Actualización de oficio

4. Número de formulario 14538923591

(415)7707212489984(8020) 000001453892359 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 0 1 9 7 4 5	5	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	

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 0 8 3 0 1 9 7 4 5	2 0 1 4 1 2 1 0

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
PEREZ	MOZO	ANDREA	CAROLINA

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: CL 7 A 13 38 BRR PESCADITO

42. Correo electrónico: andreacarol555@hotmail.com

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

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 2 1 1	2 0 1 5 1 0 2 3					4 1 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

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 - 05 - 24

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 09-08-2021 06:15:23PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

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*
Perez	Mozo	Andrea Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083019745 | *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 DIA 02 MES 12 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7 - 13 36

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL andreacarol555@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	04	2021	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

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

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

FORMATO COMPLETO

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 O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA DE HOSPITALIZACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 - 23 42 ALCAZARES						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	8

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 8 de junio de 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según resolución No. 1272 del 10 de junio de 2008 y Certificada por el Modelo Europeo de Excelencia Educativa E.F.Q.M

ACTA DE GRADO

Acta N° 072 (bis) Libro 002 Folio 142 del 06/12/2013

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

CONSIDERANDO QUE

Pérez Mozo Andrea Carolina

Identificada con T.I. No. **96120215016** expedida en Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la institución, resuelve otorgarle el título de

BACHILLER TÉCNICO

Con Especialidad en Comercio

Auxiliar de Documentación y Registro de Operaciones Contables

En constancia de lo anterior se firma la presente en SANTA MARTA a los 06 días del mes de diciembre 2013

Reyes Ceballos

Reyes Isabel Ceballos Díaz

Rectora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 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. 04-2834-2021

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	09 DE ABRIL DE 2021
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.019.745 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 del Campus Santa Marta, mediante acta No 006 en sesión del día 12 de marzo de 2021.

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

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 09 DE ABRIL DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ANDREA CAROLINA PÉREZ MOZO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.083.019.745, 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 ocho (08) días del mes de junio del año dos mil veintitrés (2023).

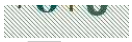
Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria


GOBIERNO
DE COLOMBIA
La salud
es de todos
Minsalud
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD
ENFERMERA
ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
C.C. 1.083.019.745
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 09/04/2021
Fecha de Inscripción en Reitus: 04/05/2021


43481
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.

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

3742

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-06-07→6:40:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083019745	ANDREA	CAROLINA	PEREZ	MOZO	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) ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO identificado(a) con CC 1083019745 registra La siguiente información:

2023-06-07→6:40:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-05-04	1083019745	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
TCP	Local	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-10-06	2973	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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).

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

Andrea Carolina Pérez Mozo

CC: 1083019745

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Enfermera .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Basados en el marco de la resolución, N° 0459 de 2012 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .**

Realizado el **30** del mes de **Mayo** del **2021** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Coo rdinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Rep resentante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Andrea Carolina Pérez Mozo

CC 1083019745 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-08
Fecha de vencimiento: 2025-06-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

Andrea Carolina Pérez Mozo

CC: 1083019745

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Enfermera .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** GESTIÓN DE DUELO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **21** del mes de **Julio** del **2021** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Coo rdinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Rep resentante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

Andrea Carolina Pérez Mozo

CC: 1083019745

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

Para: **Enfermera .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **21** del mes de **Julio** del **2021** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Coo rdinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Rep resentante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Laboratorio Clinico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Fecha de consulta: 09/09/2021

Motivo de consulta: Ingreso



Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
Responsable: El mismo paciente
Cargo: ENFERMERA JEFE
Edad: 24
Estado civil: Soltero
Teléfono:
N° hijos: 0
EPS: EPS Sanitas

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1083019745
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 02/12/1996
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección: Magdalena, Santa marta,
ARL:
AFP: Colpensiones

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584

Aspirante o trabajador
ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
Identificación: CC: 1083019745

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Nit 891780185-2

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL 4395

Fech Friday, 1 de October de 2021 No Disponibilidad 4548

Identificación 1083019745 PEREZ MOZO ANDREA CAROLINA

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

No. Rubro	Nombre Rubro	Detalle	Disponible	Valor a Registrar	Nuevo saldo
A001020200-01	Remuneración de servicios técnicos (contratos)	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA, PARA TODA LA POBLACION USUARIA DE LA E.S.E. SEGUN OPS 3801 DEL 01/10/2021	5,704,025,821.31	7,800,000.00	5,696,225,821.31

Aprobó

Responsable del Presupuesto

Revisó

...VERSITARIO
...z Barreneche

Contrato No.: 3801
Fecha: 01/10/2021

... 1 DE OCTUBRE DE 2021

DOCTOR (A): AURA STELLA DAZA PEÑA

CEDULA DE CIUDADANIA No: 36.541.888

CARGO O GRUPO FUNCIONAL: UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

REF: DESIGNACION DE SUPERVISION.

CORDIAL SALUDO,

POR MEDIO DE LA PRESENTE, ME PERMITO COMUNICARLE QUE A PARTIR DE LA FECHA HA SIDO DESIGNADO COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No **3801** DEL **01/10/2021,** SUSCRITO CON EL SEÑOR (A); **ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO** EN CALIDAD DE CONTRATISTA IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA No **1.083.019.745** DE SANTA MARTA (MAGDALENA).

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

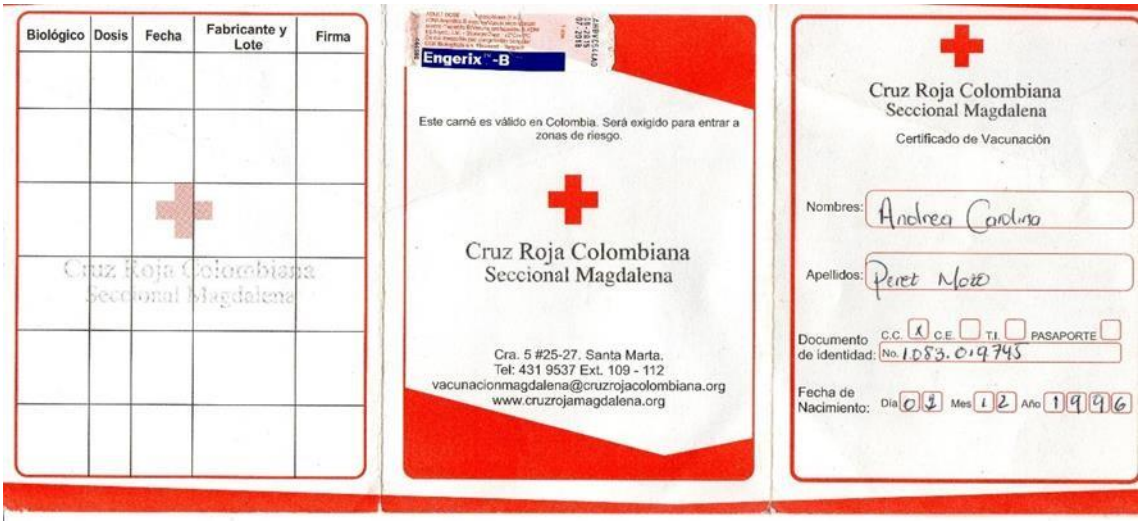
VIGILADO Supersalud

ATENTAMENTE,

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

PROYECTO: *JOSE FERNANDO RINCON YARURO*
APOYO TECNOLOGICO OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO.

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



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Engerix™-B

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27. Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

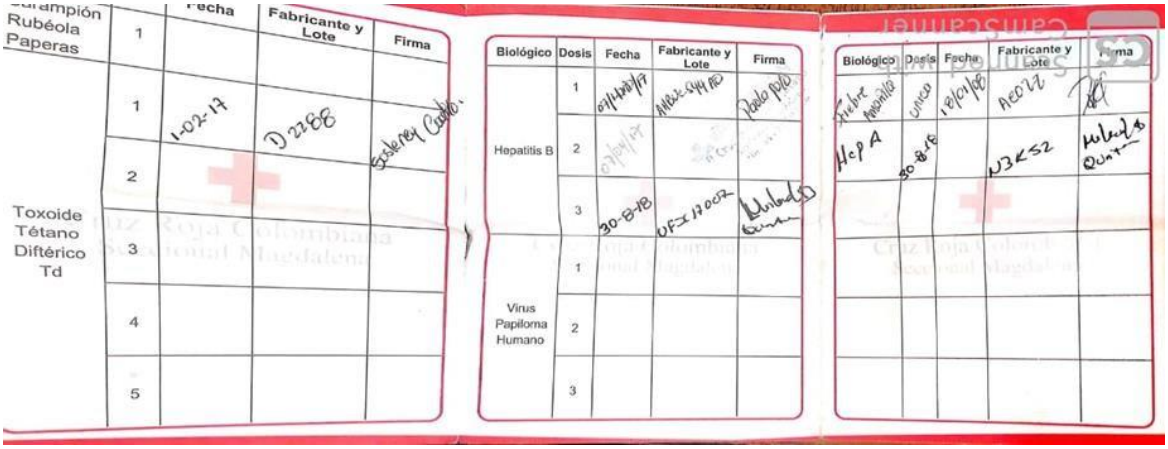
Certificado de Vacunación

Nombres: Andrea Carolina

Apellidos: Perez Mora

Documento de identidad: C.C. X C.E. ☐ T.I. ☐ PASAPORTE ☐ No. 1083.019745

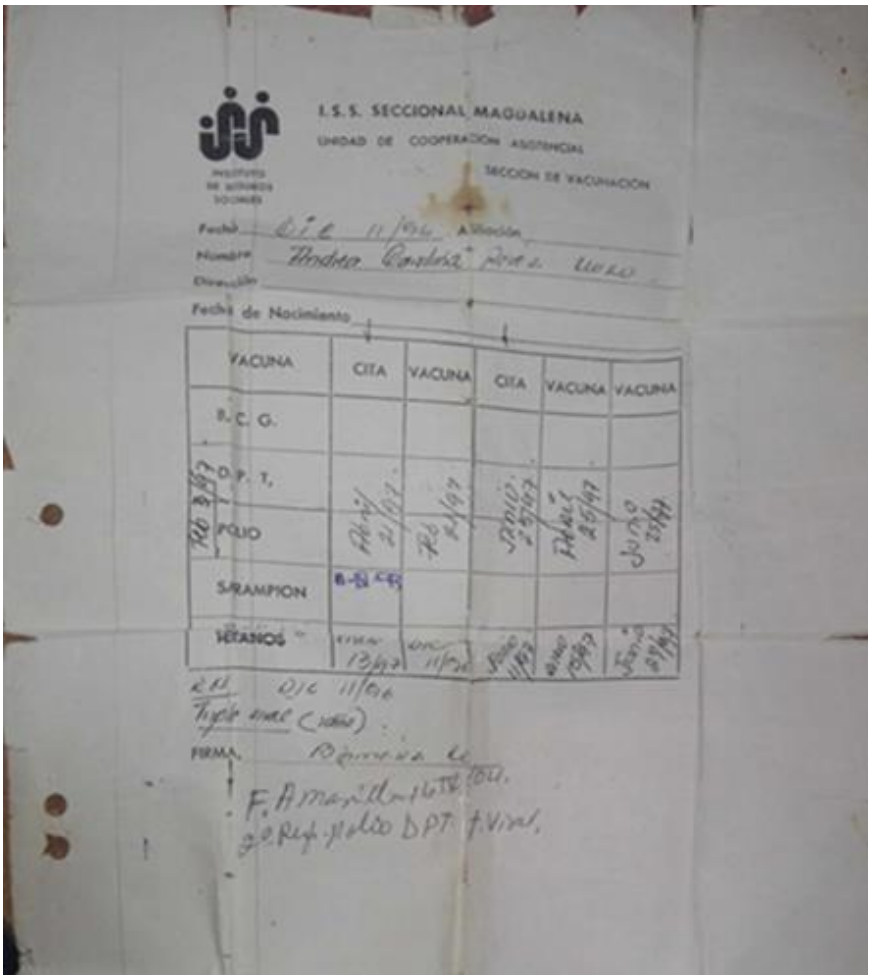
Fecha de Nacimiento: Dia 03 Mes 12 Año 1996



Sarampión Rubéola Paperas		Fecha	Fabricante y Lote	Firma
	1			
	1	1-02-17	D 2288	Esperanza Cuello.
	2			
Toxoide Tétano Diftérico Td	3			
	4			
	5			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis B	1	01/11/17	NB2549AD	Paola Ruiz
	2			
	3	30-8-18	UFI 17002	Yuliana Quintero
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla	Unico	18/01/18	AEC22	
Hep A	30-8-18		U3K52	Yuliana Quintero



I.S.S. SECCIONAL MAGDALENA

UNIDAD DE COOPERACION ASISTENCIAL

SECCION DE VACUNACION

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

Fecha Dic 11/96 Afiliación

Nombre Andrea Carolina Pino Ucros

Dirección

Fecha de Nacimiento

VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	VACUNA
B. C. G.					
D. P. T.	Abril 21/97	Feb 4/97	Julio 25/97	Agosto 26/97	Junio 25/97
POLIO					
SARAMPION					
TETANOS					

Feb 3/97

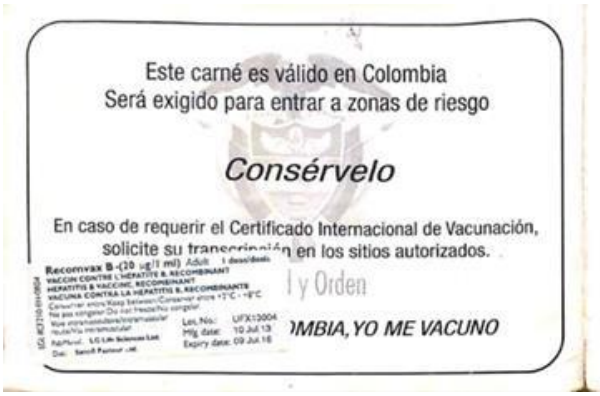
Dic 11/96

Tipo de sangre (RH)

FIRMA

F. Amarillo 16TK 100.

2a Ref. Polio DPT. F. Viral.



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

Consérvelo

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

Recombivax B (10 µg/1 ml) Adult 1 dose/dosis
VACCIN CONTRE L'HEPATITE B, RECOMBINANT
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conserver entre/Keep between/Conservar entre +2°C - +8°C
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar
Voir encart/notice/prospecto/bijsluiter
Lot, No.: UFX13004
Mfg date: 10 Jul 13
Expiry date: 09 Jul 16

l y Orden

OMBIA, 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: ANDREA

Apellidos: PEREZ MOZO

Documento de identidad: C.C. T.I. ✓ Pasaporte No. 961202550 16

Fecha de Nacimiento: Día. Mes. Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	7-04-14	024L10150	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-04-14	UFX13004	
	2			
	3			

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		7-04-14	15478	
Contra Influenza		7-04-14	V501023	
Otras				

LABORATORIO CLINICO
CONTINENTAL

PACIENTE:	**PEREZ MOZO ANDREA CAROLINA**	**Orden No.:4267029**	
INGRESO:	**2019-10-26 09:52**	**EDAD: 22 Años**	
MEDICO:	**PARTICULAR**	**SEXO: FEMENINO**	
HISTORIA:	**1083019745**	**TEL: 3228500885**	
EMPRESA:	**PARTICULAR (STA MARTA)**	**SEDE SANTA MARTA**	

Fecha Hora Impresion: 2019-10-30 22:39

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de Referencia
	INMUNOLOGIA		
ANTI HBS	**MAYOR DE 1000**	**mUI/ml**	NEGATIVO: MENOR DE 10.0 POSITIVO: MAYOR O IGUAL A 10

Bacteriologo Responsable:

RP 3138

LABORATORIO CLINICO
CONTINENTAL

PACIENTE:	PEREZ MOZO ANDREA CAROLINA	Orden No.:4247084	
INGRESO:	2018-01-24 08:38	EDAD: 21 Años	
MEDICO:	PARTICULAR	SEXO: Femenino	
HISTORIA:	1083019745	TEL: 3022676953	
EMPRESA:	PARTICULAR (STA MARTA)	SEDE SANTA MARTA	

Fecha Hora Impresion: 2018-02-15 22:41

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de Referencia
	INMUNOLOGIA		
VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IGG	**26.90 NTU**		

VALORES DE REFERENCIA :

NEGATIVO : MENOR DE 9.0 NTU
POSITIVO : MAYOR DE 11 NTU
ZONA INTERMEDIA : ENTRE 9 - 11 NTU

TECNICA : IGG ELISA.

Bacteriologo Responsable:

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Andra carolina

Apellidos: Perez Mejia

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1064019745

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 12 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Doble Viral Sarampión Rubéola	1	22-04-17	01514605Y	Limpelo.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	D	22/04/17	Biomanguinhos 1673VF-0051	Silvia Cruz V.
Contra Influenza	1	22-04-17	N3887	Limpelo.
Virus de Papiloma Humano				
Hep A	1	22-04-17	20V2489	Limpelo

FUNCIÓN PÚBLICA

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-17 11:29

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	CAROLINA	PEREZ	MOZO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1083019745

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

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	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	
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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1083019745
NOMBRES Y APELLIDOS	Perez Mozo,Andrea Carolina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	15/08/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Perez Mozo,Andrea Carolina, a los 07 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1083019745,** se encuentra afiliado/a desde **10/08/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HJMB	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: Andrea Carolina Perez Mora — Sexo: M [ ] F [✓]

Tipo de Documento: C.C. [✓] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ] — Número: 1083019795 — Expedida en: Santa Marta — Fecha de Expedición:

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

Nivel educativo: Primaria [ ] Bachiller [ ] Técnico [ ] Universidad [✓] — No. Personas a cargo: 0

Tipo de Vivienda: Propia [ ] Arrendada [✓] Familia [ ] — Zona Ubicación: Rural [ ] Urbano [✓]

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
2 12 1996	Santa Marta	calle 7a # 13-38	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico: andreacarolss@hotmail.com — No. Celular: 3104504053 — Teléfono:

Ocupación (Selecciona): Estudiante [ ] Independiente [ ] Empleado [✓] Hogar [ ] Jubilado [ ] — Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica: Enfermera — Descripción del CIIU: Actividad de Apoyo Terapeutico

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
HJMB	Publica [✓] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual?	Enfermera

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 19 # 23-42	Santa Marta	Alta Vista	4316261

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.900.000	Total Egresos mensules	2.900.000
Otros Ingresos Menuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada: Mes	Año	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?: 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:: NO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que los recursos propios y/o fondos para la apertura y operación del producto 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 ostenta 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 consignen 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

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