En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA, Identificado con Cédula No. 1079884222 y Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA **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: Liliana Mendoza O

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	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*.		
25	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*)		
26	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.*		
27	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***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	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)**		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

mendozaliliana018@gmail.com





SIIS

Pantalla Principal

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1079884222**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1079884222	MENDOZA	OLAYA	LILIANA	MENDOZA	2023-06-15, 2:17 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) LILIANA MARGARITA OLAYA MENDOZA identificado con C.C./C.E./P.P No. 1079884222 expedida en PEDRAZA MAG, 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 10 del mes de septiembre de 2023.

Firma Liliana Mendoza O
Nombre LILIANA MARGARITA OLAYA MENDOZA
Cédula 1079884222

COPIA CONTROLADA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.10885398
Número del contrato	CD20232176
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA TODA LA POBLACION USUARIA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de inicio del contrato	16/06/2023 9:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	15 días para terminar *(30/09/2023 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	105 Días
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(•) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	(•) Sí ( ) No
Fecha de inicio de liquidación	16/06/2023 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha fin de liquidación	31/12/2023 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (•) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (•) No
Reversión	( ) Sí (•) No

Entidad Estatal

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

LIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA

COLOMBIA, Pedraza

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
LIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA* ***Fecha de aprobación:*** *16/06/2023 8:49:05 PM ((UTC-05:00)*

Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por:	*GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA*	***Fecha de aprobación:***	*16/06/2023 8:54:57 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_5094522_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_5094522_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación régimen especial
Unidad de contratación	Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	6.300.000,00 COP

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Santa Marta, 2023

Doctor:
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente
Hospital Julio Mendez Barreneche

REFERENCIA: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

El suscrito **LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA** identificada con cedula de ciudadanía **No 1079884222** expedida en **PEDRAZA (MAGDALENA**) de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en esta institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad que esta propuesta sea aceptada

Atentamente,

Liliana Mendoza O

LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA
1079884222

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14920606865

(415)7707212489984(8020) 000001492060686 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 7 9 8 8 4 2 2 2	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1079884222	2019/05/02

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Pedraza 5 4 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDOZA	OLAYA	LILIANA	MARGARITA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Pedraza 5 4 1

41. Dirección principal: CR 12 GA BIS Norte CB BIS Norte FCA Maz23 Casa 16 LÍBANO 2000

42. Correo electrónico: mendozaliliana018@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 7 0 0 0 1	3 0 4 4 8 1 5 7 9 7	

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 9	2023/06/15						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 06 - 15 / 17 : 38: 43

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 MENDOZA OLAYA LILIANA MARGARITA
985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 15-06-2023 05:38:49PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Mendoza	Olaya	Liliana Margarita

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1079884222 — 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 01 MES 07 AÑO 2000

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: PEDRAZA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

diagonal 75c # 15d - 18

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: PEDRAZA

TELÉFONO: 3044815797 EMAIL: mendozaliliana018@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2019
										X				

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).

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			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*				

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

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 X 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 (magdalena) - 16/06/23

Liliana Mmo Herrera Mendoza

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

mendozaliliana018@gmail.com

La República de Colombia y en su nombre el

Centro Ampliado de Bomba

Bomba - Pedraza (Magdalena)

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 0201 del 3 de Abril de 2017

Confiere a:

Liliana Margarita Mendoza Olaya

Identificado(a) con C.C. No. 1.079.884.222 de Pedraza - Magdalena

El Título de

Bachiller Académico

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

CENTRO AMPLIADO C. A. B. AMOR Y PAZ BOMBA - MAGD.

Anotado al Folio No. 2 del Libro de Registro No. 1

Número de Orden No. 08

Andrea Figueroa F.
Rector(a)

Sergio Gomera V.
Secretario(a)

mendozaliliana018@gmail.com

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 7204

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 6:00 p.m. del día 21 de Diciembre de 2021, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA

Doc. Identidad: 1.079.884.222, Expedido en: Pedraza (Magdalena)

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

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

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 264 del Libro de Actas No. 003

RECTORA
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

mendozaliliana018@gmail.com

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA Y
LA CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Con licencia de funcionamiento según resolución No. 1407 del 28 de Noviembre de 2008 y con registro de programa según resolución No. 0973 de Agosto 26 de 2015 emanada de la Secretria de Educación Distrital de Santa Marta y acuerdo No. 00118 de Mayo 19 de 2015 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
COMO TÉCNICO LABORAL EN:

Auxiliar en Enfermería

A:

LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA

Documento de Identidad: 1.079.884.222 de: Pedraza (Magdalena)

Por haber cursado y aprobado el programa de:

Auxiliar en Enfermería

con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Santa Marta a los 21 dias del mes de Diciembre de 2021

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECHA Folios: NRO FOLIOS
Origen: ORIGEN
Destinatario: DESTINATARIO
REGISTRADO

RESOLUCIÓN No. 47-1811 **DE** 02 JUL 2022

Por la cual se registra un titulo
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA** identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 1,079,884,222, expedida en Pedraza, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS, con Acta de Certificacion No. 7204 del 21 de diciembre de 2021.

Que con la solicitud el(la) señor(a) LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA *presentó los siguientes documentos* 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el(la) señor(a) LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009 "Por el cual se reglamenta la organización, oferta y funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano y se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA** identificado (a) con Cedula de Ciudadania No. 1 079 884 222 expedida en Pedraza, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** en el territorio Nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta D T C H en fecha 02 JUL 2022

DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyecto	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Elaboro	Betty Nuñez Jimenez	contratista	

Escaneado con CamScanner

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

3768

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-09-26→9:23:37 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1079884222	LILIANA	MARGARITA	MENDOZA	OLAYA	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) LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA identificado(a) con CC 1079884222 registra La siguiente información:

2023-09-26→9:23:37 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-07-02	471811	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

mendozaliliana018@gmail.com

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL
GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA
C.C. 1079884222

Por su participación como asistente del curso taller de:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"
"40 HORAS"

Entregado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena)
El dia 22 de Octubre del 2021.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas). Según Resolución 0459 del 2012.

Temario: Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual, Atención inicial a nivel psicosocial y comunicación asertiva con las víctimas de violencia sexual infantil, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias, Valoración clínica inicial de la víctima., Examen clínico general de la víctima en violencia sexual, Pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima de abuso sexual, Señales de alerta para identificar una víctima de violencia sexual infantil, Prevención de la violencia sexual infantil y detección oportuna, Cadena de custodia.
LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No 20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

Linea Nacional: 310 745 1759
Gestión Nacional: 311 2842525
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Chapinero Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Barranquilla: Cra. 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191 - 3462125
E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com

"Lo bueno del grupo es estar en el"
grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.gce.life

mendozaliliana018@gmail.com

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL
GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
Y LA DIRECCION CIENTIFICA
Otorgan la presente

CONSTANCIA A:

LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA
C.C. 1,079,884,222

Por su participación como asistente del curso taller de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS"
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA
NIVEL BÁSICO "20 HORAS"

Entregado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena)
El día 22 de Octubre del 2021

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Anatomía, fisiología y electrofisiología básica del corazón y la vía aérea. Atragantamiento OVACE (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño). Desvase (desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño) con paciente consciente e inconsciente. Técnicas y maniobras que salvan vidas. Abordaje al paciente con paro respiratorio, Abordaje al paciente con paro cardio respiratorio del lactante, del niño y el adulto con uno y dos reanimadores, Ritmos de paro y enfoque en la reanimación, Manejo del DEA (desfibrilador externo automático), Cadena de la sobrevida y nemotecnia C A B D de la reanimación, técnicas de ventilación según el escenario
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardio pulmonar guías 2020, de acuerdo lo que exige la resolución 3100/2019 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No.20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

Línea Nacional: 310 745 1759
Gestión Nacional: 311 2842525
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Chapinero Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Barranquilla: Cra. 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3462125
E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com

"Lo bueno del grupo es estar en el"
grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.gce.life

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

GERMAN TORRENTE BUSTAMANTE
Enfermero especialista en gerencia en salud
Auditoria y control interno

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 días hábiles

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACION EN GESTION DEL DUELO

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

LORENA ALEXANDRA BOTERO SALAZAR
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 días hábiles

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Enfermera especialista en gerencia en salud

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 dias hábiles

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRAS PARA ANALISIS MICROBIOLOGICO

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CAÑON
ENFERMERO ESPECIALISTA EN EJERCICIO
FISICO PARA LA SALUD

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 dias hábiles

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CAÑON
ENFERMERO ESPECIALISTA EN EJERCICIO
FISICO PARA LA SALUD

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 dias hábiles

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al CURSO

FORMACIÓN EN MANEJO DE PACIENTE PREVENTIVO COVID-19

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

GERMAN TORRENTE BUSTAMANTE
Enfermero especialista en gerencia en salud
Auditoria y control interno

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 dias habiles

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CAÑON
ENFERMERO ESPECIALISTA EN EJERCICIO
FISICO PARA LA SALUD

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 días hábiles

mendozaliliana018@gmail.com

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

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

Certifica

Liliana Margarita Mendoza Olaya

CC 1079884222 de Pedraza - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-04-12
Fecha de vencimiento: 2025-04-12

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 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

mendozaliliana018@gmail.com

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Liliana Margarita Mendoza Olaya

C.C. 1.079.884.222

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN MANEJO Y USO DEL D.E.A

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) a los Dos (02) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CAÑON
ENFERMERO ESPECIALISTA EN EJERCICIO
FISICO PARA LA SALUD

La validez del certificado se puede adquirir por medio del correo corporacionibero@gmail.com en 5 días hábiles

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 15/Jun/2023. **Hora:** 05:12:24 p.m.
Apellido: Mendoza Olaya **Nombre:** Liliana Margarita
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1079884222
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica
Direccion: Carrera 12 7a 27 Pradito
Telefono: **Celular:** 3044815797 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 55 Kg **Estatura:** 157 Cm **IMC:** 22.3 **Escolaridad:** Tecnico Laboral **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Nueva Eps **ARL:** Seguros Bolivar **AFP:** Sin Definir

HC: # 79518
Edad: 22 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 01/Jul/2000
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Liliana Margarita Mendoza Olaya
CC 1079884222

Huella
Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1079884222 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 18/09/2023 09:37 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	02-06 2021	Pfizer	FA 7478	IPS Natalis	Jose Gonzales	35468344
	2	23-06 2021	Pfizer	FY 0T86	IPS natalis	Jose Gonzales	35468344
	3	13/07 2022	Pfizer	PCA0030	E.S.E HP.	Lorena Becerra	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Liliana Margarita

Apellidos: Mendoza Olaya

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

No. 1.079.884.222

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 07 Año 2000

Cajamag

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Calle 23 No. 7 . 78 Santa Marta D.TC.H
PBX 4217900 ext 1075 - Call Center 4365058

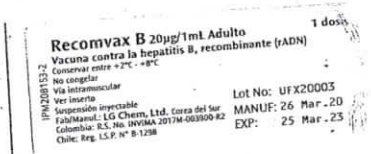
NOMBRES
Liliana Margarita
APELLIDOS
Mendoza Ospino
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
CE ☐ CC ☐ No. 1079884222
FECHA DE NACIMIENTO aaaa: 2000 mm: 07 dd: 01

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	01-10-21	UFX20003	Sandra Franco
	2	01-11-21		
	3			
Gardasil VPH	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras: Td.	1	01-10-21	2330L021C	Sandra Franco
Otras		01-11-21		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis A	1			
	2			
Triple Viral				
Neumococo				
Varicela				
Zostavax				
Meningococo				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión Rubeola	Única			
COVID-19	1			
	2			
	3			
Fiebre de Tifo				
Otras	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Otras				



Nombre: Yuana Mendoza

Identificación: 1079889222

Fecha de Nacimiento Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

Biológico	Dosis	Fecha	Lote	Firma
Hepatitis B	1			
	2	13-06-23	22GHBV007	Yuana G.
	3			2 meses
Tétano	Ref.			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis A+B	1			
	2			
	3			
DPT	1 ☐			
	1			
Neumococo	1 ☐			
Meningococo B-C	1			
	2			
Meningococo	Unica			
Triple Viral	1 ☐			
	2			
Varicela	1			
	2			
Influenza	☐			
	☐			
Hepatitis A	1			
	2			

CRUZ ROJA COLOMBIANA
SECCIONAL ATLÁNTICO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

VACUNATE SEGURO, VACUNATE EN:

CRUZ ROJA COLOMBIANA
SECCIONAL ATLÁNTICO

"Actuamos siempre bajo la luz de los principios y valores de la Institución"

CRUZ ROJA COLOMBIANA

CARNET DE VACUNACIÓN

SECCIONAL - ATLÁNTICO

1098

CALLE 65 N° 34- 33 PBX: (605)3695320
e-mail: enfermerajefe@cruzrojaatlantico.org
Servicio Habilitado por la Secretaría de Salud Resolución No. 0800122100

Hepatitis B Vaccine (rDNA) B.P.
ENGERIX-B
Lot No.: 22GHBV007
Mfg. Date: RUG22
Exp. Date: JUL25
Glaxo Smith Kline
Made in Belgium
Rx only
Sanofi Pasteur
Human Biological Istitute
Made in France
Rx only
Merck Sharp & Dohme
Made in Puerto Rico
Rx only
Glaxo Smith Kline
Made in Belgium
Rx only
Sanofi Pasteur

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	2023-06-15 16:55

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIANA	MARGARITA	MENDOZA	OLAYA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1079884222

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	PEDRAZA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	PEDRAZA

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

Lugar de sede

País	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	
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:

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA identificado(a) con CC 1079884222 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/06/2019

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes 9 del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



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 LILIANA MARGARITA MENDOZA OLAYA identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1079884222,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2018** 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 05 de septiembre 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 HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FIND4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	1

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Uliomar Mendoza Ortega

Sexo: M X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C X C.E T.I R.C PP	1.079884.722	Pedraza mag.	2-may-2019

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

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
DD	MM	AA	Pedraza m		Barranquilla	Atlantico
07	07	2000	Correo Electrónico: mendozaluliana@gmail.com		No. Celular: 3044815797	Telefono

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado		
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIIU				
Auxiliar de enfermeria										

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
	Publica		Privada		Mixta	Otro, cual?

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI NO

3. INFORMACION FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		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?

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

Como auxiliar de enfermeria.

4. AUTORIZACION Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades ilicitas 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 ilicitas 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 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: 2) 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



Uliomar Mendoza FIRMA 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):

Uliomar Mendoza O

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento