En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO, Identificado con Cédula No. 1221967943 y Profesión ENFERMERA PROFESIONAL 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: Claribeth Tesillo Bolaño

| 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/gestioninstitucional/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/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/ | | |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.221.967.943
TESILLO BOLAÑO

APELLIDOS
CLARIBETH JULIETH

NOMBRES

Claribeth Tesillo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1996
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

22-ENE-2014 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2101500-0053377-F-1221967943-20140306 0037587456A 1 4128357

SIJI

rincipal

atural

ídica

# Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1221967943**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1221967943 | TESILLO | BOLA | CLARI | JULIETH | 2023-06-27, 2:0 |
| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de |
| 2 | 1221967943 | TESILLO | BOLAÃ'O | CLARIBETH | JULIETH | 2023-06-27, 2:4 |

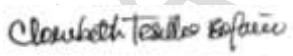
© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO identificado con C.C./C.E./P.P No. 1221967943 expedida en Cie, 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 7 del mes de septiembre de 2023.

Firma 
Nombre CLARIBETH TESILLO BOLAÑO
Cédula 1221967943

COPIA CONTROLADA


Colombia Compra Eficiente
Agrupar el contenido
UTC -5 13:07 15
CLARIBETH JULIETH...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Salir
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0
Sugerencias SECOP
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
NOTICIAS SECOP
PLANILLA DE PAGOS
A partir del 1 de enero se activa el servicio de consulta de planilla
Actualización registro de usuarios y proveedores hasta el 31 de enero de 2023. Al ingresar al SECOP II verifica que tus datos sean correctos y estén completos.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información
Oportunidades de ne
Recibidas
Sin oportunidades
Más información

Colombia

CLARIBETH JULIETH

Búsqueda | Mis procesos | Menu | 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 | |
| Título | Sra |
| Nombre | CLARIBETH JULIETH |
| Apellidos | TESILLO BOLAÑO |
| Fecha de Nacimiento | 14/01/1996 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| Nombre y apellido | CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO |
| Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía |
| Número de documento | 1221967943 |
| Dirección | |
| Código postal | |
| Estrato | 2 |
| Ubicación | Santa Marta |
| País | COLOMBIA |

**Santa Marta, diciembre 2023**

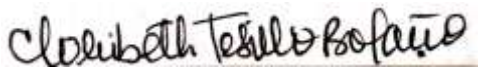
**Señor**
**German Gaviria Vargas**
**Gerente**
**ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**

**Asunto: Propuesta de servicios**

Brindar atención segura y con calidad se ha convertido en el objetivo principal del personal de enfermería y del resto de personal que conforma la ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche y por lo tanto es importante estar centrados en la seguridad del paciente, brindando afecto, confianza, satisfacción y promoviendo el desarrollo científico e investigativo así como las buenas prácticas de gestión.

- Brindar atención segura y de calidad a los pacientes
- Demostrar liderazgo para mejorar los procesos de atención
- Brindar actividades preventivas en atención al enfermo frágil y crónico.
- Realizar actividades asistenciales propias de la profesión como son el cateterismo vesical y nasogástrico, la toma de urocultivos, EKG, actualización de kardex, dieta.
- Preparación y administración de medicamentos
- Notificar eventos adverso sucedidos con el personal auxiliar de enfermería y los sucedidos con los pacientes
- Liberar procesos enfermeros y apropiación de servicio.
- Trabajar para ser accesibles al mayor número de personas.
- Conseguir el mayor beneficio encaminado al paciente gracias al sentido humano y nuestra moralidad como profesionales
- Implementar el uso de recursos y mecanismo de planificación en la gestión de actividades.
- Acción de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Reconocer en las personas su concepción holística.

- Proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios.
- Actuar con base en los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería.
- Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.
- Dar un trato con calidad y rapidez a los pacientes y familiares.
- Establecer la pedagogía con los pacientes y familiares sobre el uso de las canecas para los desechos.



**CLARIBETH TESILLO BOLAÑO**
**C.C:1.221.967.943**
**Dirección: Manzana 24 casa 14 Nueva Andrea In**
**Email: clarytesillo:14@hotmail.com**
**Cel: 3005972729**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14919786128

(415)7707212489984(8020) 000001491978612 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 2 2 1 9 6 7 9 4 3 | 3 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 2 2 1 9 6 7 9 4 3 | 2 0 1 4 0 1 2 2 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Ciénaga 1 8 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TESILLO | BOLAÑO | CLARIBETH | JULIETH |

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 42 C 31 84 MZ 24 CA 14 URB NUEVA ANDREA IN

42. Correo electrónico: clarytesillo_14@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 5 9 7 2 7 2 9 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 7 0 6 0 6 | | | | 2 2 2 4 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 2023 - 06 - 12 / 17 : 41: 45

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TESILLO BOLAÑO CLARIBETH JULIETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO 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 |
|---|---|---|
| Tesillo | Bolaño | Claribeth Julieth |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1221967943

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 14 MES 01 AÑO 1996

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 42C NORTE 14C 1 NORTE No 31-84 nueva andrea

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: EMAIL: clarytesillo@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 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 | 12 | 2016 | 7977 |

***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*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3005972729 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 07 | *Año* 2023 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1087 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 CRA 14 No 23-42 ALCAZARES | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>BIENESTAR IPS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3186082918 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 12 | *Año* 2017 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1958 1 2010 ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>CONS EXT - PROCEDIM MENORES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 22A NORTE 22A 1 NORTE calle 22 No 20-43 | | | | | | |

## 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 | 4 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 2 | 5 |

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 diciembre 2023

Claribeth Tesillo Bolaño

*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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 11 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

## Acta Individual de Graduación No. 52

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA DE GRADO: 16 DE DICIEMBRE DE 2016.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO
con cédula de ciudadanía No 1.221.967.943 de Ciénaga
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 20 en sesión del día 2 de diciembre de 2016.

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

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de sede: ADRIANA SANTARELLI FRANCO

Decano(a) Facultad: (Jefe de Programa) CELENNY PATRICIA PEREZ QUINTERO

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 16 DE DICIEMBRE DE 2016.

Gloria Patricia Rave I.

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

008003

Powered by CamScanner

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL**

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

**En atención a que**

## CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO

**con cédula de ciudadanía No. 1.221.967.943 de Ciénaga**
**Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de**

## ENFERMERA

**En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en Santa Marta el día 16 de Diciembre de 2016**

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ravo T
Secretario(a) General

**Folio No. 201 Libro de Registros No. 8 Registro No. 10408 Refrendado en Santa Marta el día 16 de Diciembre de 2016**

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortes Londoño

017107

Powered by CamScanner

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO** identificada con la cédula de ciudadanía 1.221.967.943 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 cuatro dias (04) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA**
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



**CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO**
C.C. 1.221.967.943
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Santa Marta
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2016-12-16
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-02-10

7977

Crear-ID.com | 621 9116

**Representante Legal Organización Colegial de Enfermería**

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

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

Claribeth Tesillo Bolaño

FIRMA DEL PROFESIONAL

# ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

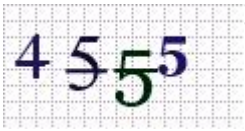
Número de Identificación *

1221967943

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6799

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2023-11-29→6:01:26 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1221967943 | CLARIBETH | JULIETH | TESILLO | BOLAÑO | Vigente |

**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) CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO identificado(a) con CC 1221967943 registra La siguiente información:**

**2023-11-29→6:01:26 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2017-02-10 | 1221967943 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

**Datos SSO**

| Tipo | Tipo | Lugar | Fecha | Fecha | Modalidad | Programa | Ent |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

## CERTIFICA QUE:

# *Claribeth Tesillo Bolaño*

Identificado(a) con N° de Documento.

**C.C: 1.221.967.943**

Asistio al programa correspondiente a:

## CURSO DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de **80** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control

Expedido el dia : 31-01-2022
Vigencia hasta el dia : 31-01-2024

Alejandro Fonseca Piracacha
Director General

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especializado de Rescate y Salvamento de Colombia

## CERTIFICA QUE:

# *Claribeth Tesillo Bolaño*

Identificado(a) con N° de Documento.

**C.C: 1.221.967.943**

Asistio al programa correspondiente a:

## CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (RCP)

Con una duración de **40** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

Liz Deinys Sosa Nova
Coord. Registro y control.

**Expedido el dia : 31-01-2022**
**Vigencia hasta el dia : 31-01-2024**

Alejandro [illegible]
Director General

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

## CERTIFICA QUE:

# *Claribeth Tesillo Bolaño*

Identificado(a) con N° de Documento.

**C.C: 1.221.967.943**

Asistio al programa correspondiente a:

## CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una duración de **48** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

**Liz Deines Sosa Nova**
Coord. Registro y control

**Expedido el dia : 31-01-2022**
**Vigencia hasta el dia : 31-01-2024**

Alejandro Forero Viracacha
Director General

NIT: 900835611-9
Matrícula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

# CERTIFICA QUE:

## *Claribeth Tesillo Bolaño*

Identificado(a) con N° de Documento.

**C.C: 1.221.967.943**

Asistio al programa correspondiente a:

# CURSO MANEJO DEL DUELO

Con una duración de **80** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

**Liz Deines Sosa Nova**
**Coord. Registro y control.**

**Expedido el dia : 15-06-2023**
**Vigencia hasta el dia : 15-06-2025**

Alejandro Forero Viracacha
**Director General**

LEALTAD

NIT. 900555611-9
Matrícula N° 0215581 / 5 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

# CERTIFICA QUE:

## *Claribeth Tesillo Bolaño*

Identificado(a) con N° de Documento.

**C.C: 1.221.967.943**

Asistio al programa correspondiente a:

# ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES POR AGENTES QUÍMICOS

Con una duración de **80** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

**Liz Deines Sosa Nova**
**Coord. Registro y control.**

**Expedido el dia : 21-06-2023**
**Vigencia hasta el dia : 21-06-2025**

Alejandro Forero Viracacha
**Director General**

GERSCOL
LEALTAD

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Ingreso

**Fecha de consulta:** 14/06/2023

## Información paciente



**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
**Empresa en misión:**
**Nombre completo:** CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO
**Identificación:** CC: 1221967943
**Responsable:** El mismo paciente
**Acompañante:** Ninguno
**Cargo:** ENFERMERA JEFE
**Fecha nacimiento:** 14/01/1996
**Edad:** 27
**Genero:** Femenino
**Estado civil:** Soltero
**Escolaridad:** Posgrado (Especialización)
**Teléfono:**
**Dirección:** Magdalena, Santa marta,
**Nº hijos:** 0
**ARL:**
**EPS:** EPS Sanitas
**AFP:**

## Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Anexo

SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## 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: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19**

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

Claribeth Tesillo Bolaño

**Aspirante o trabajador**
CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO
**Identificación:** CC: 1221967943

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

# 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 1221967943 **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 07/09/2023 06:09 PM

_____

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

# CLAUSULAS ADICIONALES CD20233819

En Santa Marta, Entre los suscritos, **GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**, Mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía Nº 84.458.523 de santa marta (Magdalena), domiciliado y residenciado en la en la misma ciudad, en su calidad de Gerente Encargado, mediante decreto 211 del 23 de mayo de 2023 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE, identificado con el NIT. N.º 891.780.185 – 2, creado mediante Decreto 377 del 23 de Diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, por una parte y por la otra**, CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO** mayor de edad, identificado con cedula de ciudanía No. 1221967943, quien en adelante y para efectos del presente acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente documento de cláusulas adicionales, las cuales se entienden incorporadas al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, ***suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos***:

| | |
|---|---|
| **1. OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA SUPERVISORA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| **2. OBLIGACIONES:** | 1. Durante su turno planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de la Empresa social del Estado de acuerdo a los planes y programas establecidos.<br>2. Durante el turno direccionar los procesos para el desarrollo de las funciones a cargo de las diferentes dependencias y servidores, garantizando la articulación y complementariedad de los niveles de la organización dentro de una concepción participativa de la gestión y procedimientos eficaces de la evaluación, control y seguimiento de las metas y políticas de la empresa.<br>3. Actualizar el Plan de emergencia conforme a las condiciones de expansión de los distintos servicios. Dirigir su activación mientras se reúne comité de emergencias.<br>4. Mantener canal de comunicación permanente con los lideres de procesos y con la alta gerencia para reporte de novedades e Inoportunidades para su gestión por supervisores e Interventores.<br>5. Presentar un informe diario al gerente y subgerente científico en aspectos de funcionamiento de servicios.<br>6. Presentar informe de los indicadores de Enfermería mensual y trimestral al subgerente científico y a la profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermería.<br>7. Elaborar y/o actualizar el diagnóstico situacional de supervisión basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; realizar plan de mejoramiento y activar planes de emergencia en caso que sea necesario.<br>8. Supervisión diaria a los servicios asistenciales: Plan padrino materno Perinatal, Consulta externa, Ambulancia, Urgencias, Esterilización, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Ginecología, Quirúrgica, Infectología, Medicina Interna, Psiquiatría, PAI, Lactancia materna, Familia canguro, psiquiatría.<br>9. Presentar informe mensual de no conformidades y/o inoportunidades para la correspondiente glosa por parte de supervisores e interventores de contrato.<br>10. Verificación del censo, camas institucionales, cada 12 horas.<br>11. Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios. |

| | |
|---|---|
| | 12. Supervisar que la entrega y recibo de turno se realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución.<br>13. Supervisar la gestión científica y administrativa para la correcta operación de los servicios.<br>14. Apoyo en la realización y análisis de los indicadores de Institucionales.<br>15. Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.<br>16. Verificar la asepsia de los servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.<br>17. Verificar que se registren en los formatos de asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, nacidos vivos, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc.<br>18. Verificar plan de mejora de acuerdo a los inconvenientes que se encuentren en los diferentes servicios.<br>19. Verificar la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas.<br>20. Supervisar que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas en todos los servicios<br>21. Analizar y evaluar la cantidad y categoría del personal de enfermería que se requiere según la ocupación de los servicios, trasladas si es necesario para resolver ausentismos.<br>22. Solucionar los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente.<br>23. Evaluar al personal directa e indirectamente en toda la institución.<br>24. Elaborar, Socializar e implementar instrumentos de supervisión y evaluación del personal.<br>25. Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instalada de los servicios.<br>26. Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.<br>27. Vigilar el cumplimiento de principios y valores éticos.<br>28. Fomentar la creatividad e innovación con el fin de mejorar la calidad y calidez en la atención de enfermería.<br>29. Vigilar la administración correcta de prescripciones médicas.<br>30. Garantizar la aplicación correcta de técnicas y procedimientos de enfermería en la atención al paciente.<br>31. Participar en la atención y seguimiento de pacientes de alto riesgo (Materno perinatal).<br>32. Establecer estrategias que garanticen la satisfacción del usuario.<br>33. Vigilar el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.<br>34. Supervisar y Orientar al personal sobre manejo de elementos de protección personal y segregación adecuada de los residuos hospitalarios (PGIRHS).<br>35. Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.<br>36. Participar en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería. |

| | |
|---|---|
| | 37. Informar al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.<br>38. Participar en los comités y reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.<br>39. Participar en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución.<br>40. Realizar las demás funciones que se le sean asignadas por el jefe inmediato de acuerdo a la naturaleza del cargo. |
| **3. VALOR:** | **($9300000)** |
| **4. FORMA DE PAGO:** | El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en 3 pagos por valor de **($3100000)** parciales, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **5. CDP:** | N°. **1952** |
| **6. PLAZO:** | Previa legalización del contrato sin exceder del 31 de Diciembre del 2023. |
| **7. SUPERVISOR:** | La supervisión, control y vigilancia del contrato será ejercida por la **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA** o por quien designe el ordenador del gasto, quedando obligado EL CONTRATISTA a suministrarle toda la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones. |
| **8. DERECHOS DEL CONTRATISTA** | **a)** Tendrá derecho a recibir oportunamente la remuneración pactada en la cláusula del presente contrato y a que el valor intrínseco de la misma no se altere o modifique durante la vigencia del contrato. En consecuencia, tendrán derecho, previa solicitud, a que la administración les restablezca el equilibrio de la ecuación económica del contrato a un punto de no pérdida por la ocurrencia de situaciones imprevistas que no sean imputables a los contratistas. Si dicho equilibrio se rompe por incumplimiento de la entidad estatal contratante, tendrá que restablecerse la ecuación surgida al momento del nacimiento del contrato. **b)** Podrán acudir a las autoridades con el fin de obtener la protección de los derechos derivados del contrato y la sanción para quienes los desconozcan o vulneren. |
| **9. DERECHOS DEL CONTRATANTE** | Para la ejecución de los fines, se exigirá del CONTRATISTA **1.** La ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Igual exigencia podrá hacer al garante. **2.** Adelantará las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. **3.** Solicitará la actualización o la revisión de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato. **4.** Adelantará las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran en desarrollo o con ocasión del contrato celebrado. **5.** Adoptará las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de proponer en los casos en que se hubiere realizado licitación o concurso, o de contratar en los casos de contratación directa. Para ello utilizarán los mecanismos de ajuste y revisión de precios, acudirán a los procedimientos de revisión y corrección de tales mecanismos si fracasan los supuestos o hipótesis para la ejecución y pactarán intereses moratorios. Sin perjuicio de la actualización o revisión de precios, en caso de no haberse pactado intereses moratorios, se aplicará la tasa equivalente al doble del interés legal civil sobre el valor histórico |

| | |
|---|---|
| | actualizado. **6.** Sin perjuicio del llamamiento en garantía, repetirá contra los servidores públicos, contra el contratista o los terceros responsables, según el caso, por las indemnizaciones que deban pagar como consecuencias de la actividad contractual. **7.** Actuará de tal modo que, por causas a ellas imputables, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Con este fin, en el menor tiempo posible, corregirán los desajustes que pudieren presentarse y acordarán los mecanismos y procedimientos pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse. |
| **10. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA** | EL Contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros. |
| **11. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE** | Los honorarios, salarios y demás pagos de personal que **EL CONTRATISTA** vincule para el cumplimiento del objeto y las obligaciones del presente contrato, serán por cuenta y riesgo de EL CONTRATISTA, en consecuencia, **EL CONTRATANTE** queda exonerado de toda responsabilidad y gasto que se ocasiones por fuera del valor estipulado en el presente contrato. |
| **12. TERMINACION, MODIFICACION E INTERPRETACION UNILATERAL DEL CONTRATO** | La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato, de acuerdo con los artículos 15 a 17 de la Ley 80 de 1993, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato |
| **13. CADUCIDAD.** | En virtud de esta cláusula, si se presentase alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratista previstas en el presente contrato, que afecte de manera grave y directa la ejecución del mismo y evidencie que puede conducir a su paralización, el Contratante aplicará el procedimiento dispuesto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011. |
| **14. MULTAS.** | En caso de retardo o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al Contratista; El Contratante podrá imponerle multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en un uno por ciento (1%) del valor total del contrato, por cada día de retardo hasta por 15 días; o en un uno por ciento (1%) del valor estimado del Contrato, por cada situación o hecho constitutivo de incumplimiento parcial; según sea el caso. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007, artículo 17 y el procedimiento para su imposición se aplicará teniendo en cuenta la Ley 1474 de 2011, artículo 86**.** |
| **15. CLAUSULA PENAL** | En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, el Contratista pagará al Contratante a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause al Contratante. No obstante, el Contratante se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. **PARÁGRAFO.** |

# CLAUSULAS ADICIONALES CD20233819

| | |
|---|---|
| | **APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES:** El valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria se tomará del saldo a favor del Contratista. Si esto último no fuere posible, se cobrará por vía ejecutiva; por lo que el Contratista con la suscripción del presente contrato autoriza de manera irrevocable al Contratante, a deducir de las sumas que le llegaren a adeudar por cualquier concepto el valor de las multas y sanciones pecuniarias que llegaren a imponerse. |
| **16. GARANTÍAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO** | Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.1.2.1.4.5, que señala: "*No obligatoriedad de garantías y la justificación para exigirlas o no debe estar en los Estudios y Documentos Previos"*, no se exigirán pólizas para el presente proceso de contratación. |
| **17. CESIONES.** | EL Contratista no podrá ceder este contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin el consentimiento previo y escrito del Contratante |
| **18. INDEMNIDAD.** | EL Contratista, se responsabiliza y asume por su cuenta y riesgo, y así mismo librará totalmente a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, de cualquier hecho que genere reclamaciones ya sean de carácter civil, penal, policivo, o de cualquier situación, hecho a causa originado por agentes humanos que puedan originar, suscitar o producir responsabilidad contractual o extra contractual derivada de la operación por ellos organizados; deberán mantener a la ESE, indemne y libre de toda perdida, daño y pago de todo reclamo, demandas, litigio, acción legal y reivindicación de cualquier especie y naturaleza que se entable o pueda entablarse contra de la ESE, por causa de acciones u omisiones en que incurra EL CONTRATISTA o empleados en la ejecución de sus obligaciones en el presente contrato. |
| **19. CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR.** | Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana. |
| **20. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS** | Las partes acuerdan someter a la decisión de la Procuraduría General de la Nación, las diferencias que puedan surgir por razón de la celebración del contrato y de su ejecución, desarrollo, terminación o liquidación. |
| **21. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN** | El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes, la expedición del registro presupuestal correspondiente y la suscripción del acta de inicio. |
| **22. REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES.** | El valor del presente contrato, se pagará con cargo al presupuesto de la actual vigencia, según el CDP respectivo. |
| **23. CONFIDENCIALIDAD.** | En caso de que exista información sujeta a alguna reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. |
| **24. AUSENCIA DE PRESTACIONES.** | Por el presente contrato, EL CONTRATISTA no adquiere vínculo laboral alguno con EL DEPARTAMENTO y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia, y de conformidad con lo preceptuado en el numeral 3º del artículo 32 de la Ley 80 de 1993, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado en la Cláusula Tercera de este contrato. |

# CLAUSULAS ADICIONALES CD20233819

| | |
|---|---|
| **25. AFILIACIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL.** | Con el fin de dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, EL CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra afiliado a un sistema de pensión y salud. **PARÁGRAFO PRIMERO.** De conformidad con lo establecido en la Ley 797 de 2003 y en el Decreto 1703 de 2002, EL CONTRATISTA, deberá afiliarse de manera obligatoria al sistema de pensiones y salud, por un valor que deberá guardar relación con los ingresos efectivamente percibidos por el afiliado. |
| **26. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.** | De común acuerdo, las partes contratantes podrán suspender la ejecución de este contrato, mediante la suscripción de un acta en la cual conste el evento sin que para efectos del término de duración del contrato se compute el tiempo de la suspensión. |
| **27. CAUSALES DE TERMINACIÓN.** | El presente contrato se puede dar por terminado cuando: **a)** se declare la caducidad o la terminación unilateral, de conformidad con la Ley 80 de 1993, Artículos 17 y 18, **b)** por mutuo acuerdo de las partes. **c)** cuando se dé cumplimiento del objeto del contrato, y **d)** por vencimiento del plazo. |
| **28. IMPUESTOS.** | Los impuestos y las contribuciones parafiscales que se causen por razón o con ocasión del contrato serán por cuenta del CONTRATISTA, y las retenciones que ordene la ley en relación con sus honorarios serán efectuadas por la ESE. |
| **29. LUGAR DE EJECUCION Y DOMICILIO CONTRACTUAL.** | Para todos los efectos contractuales y legales atinentes a este compromiso, las partes acuerdan como lugar de ejecución del contrato la cuidad de santa marta departamento del magdalena y como domicilio contractual el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta. |
| 30. **NOTIFICACIONES.** | Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona dispuesto en el SECOP II, y las constancias emitidas por mensaje de datos en el SECOP II |

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

**EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S**

**CERTIFICA:**

Que **TESILLO BOLAÑO CLARIBETH JULIETH**, identificado (a) con C.C. número **1221967943,** laboro en Medicall Talento Humano S.A.S, mediante un contrato de trabajo a término **Obra o Labor contratada** desde el **3 DE FEBRERO DE 2021** hasta el **17 DE DICIEMBRE DE 2021** desempeñando el cargo de **ENFERMERO (A) JEFE SUPERNUMERARIO.**

En constancia de lo anterior se expide en Bogotá D.C. **05 DE ENERO DE 2022** a solicitud del interesado (a).

**HENRY LADINO DIAZ**
**GERENTE GENERAL MEDICALL TH**

**Calle 4 G No.66 A - 08 Tel. 7425770 - 4200784 – 2621705 EXT.135,167**
**Bogotá, D.C**

BIENESTAR I.P.S.

# BIENESTAR IPS
# NIT. 800.223.206.-1

## CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) **CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO**, identificado con cédula de ciudadanía número 1.221.967.943, laboró para nuestra empresa desde el 16 de julio de 2018 hasta el día 30 de diciembre de 2019, a su retiro, desempeñaba el cargo de **Jefe de Procedimientos**, con tu tipo de contrato a **término indefinido.**

Desempeñando las siguientes funciones:

- ✓ Planear y coordinar las actividades asistenciales y administrativas en la sala de procedimientos de la regional de acuerdo con los lineamientos de la empresa.
- ✓ Organizar, controlar y gestionar el uso y suministro de los insumos y medicamentos necesarios para la sala de procedimientos de acuerdo con las políticas institucionales.
- ✓ Registrar y hacer seguimiento a los usuarios atendidos en la sala de procedimientos de acuerdo con los lineamientos de la empresa.
- ✓ Atender de manera oportuna las emergencias médicas que se presenten en la sede de acuerdo con los protocolos de atención pre hospitalaria nacionales y de acuerdo a los protocolos institucionales.
- ✓ Supervisar, planear y garantizar las condiciones higiénicas y de bioseguridad de la sala de procedimiento de la regional de acuerdo con los protocolos establecido por la empresa.
- ✓ Educar y orientar a los usuarios que tengan ordenes de realización de procedimientos de acuerdo con los parámetros de la empresa y cumpliendo con los protocolos de atención segura nacionales.
- ✓ Coordinar con los profesionales de la salud especializados de la sede los planes de cuidado y tratamiento de los pacientes atendidos en la sala de procedimientos de la regional de acuerdo con las políticas institucionales.
- ✓ Supervisar la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos biomédicos de la sala de procedimientos de la regional de acuerdo con las políticas de mantenimiento de la empresa.
- ✓ Gestionar y administrar los inventarios de insumos y equipos de la sala de procedimientos de la regional de acuerdo con los lineamientos de la empresa.
- ✓ Apoyar la realización de los procedimientos que se realicen en la sala de acuerdo con los protocolos establecidos por la empresa.

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Barranquilla, el día **24 de enero de 2020.**

Atentamente,

**Dayana Barraza M.**
**Jefe de Gestión Humana**

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO DEL NIVEL II EN INTERVENCION

**TALENTO HUMANO**

**300**
**DTH-C-0341-2018**

**LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE LA E .S. E. HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO DEL NIVEL II EN INTERVENCION.**

**C E R T I F I C A:**

Que la señora: **CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO,** identificada con Cédula de Ciudadanía No.1.221.967.943 **De Maicao (La Guajira),** prestó sus servicios Profesionales como Enfermera EN LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO EN INTERVENCION, según contrato No.

- 724-17 del 06 al 30 de junio de 2017 por $2.100.000
- 817-17 del 01 de julio al 30 de septiembre de 2017 por$6.300.000
- 1144-17 del 01 al 31 de octubre de 2017 por $2.100.000
- 1380-17 del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2017 por $4.200.000

Se expide el presente a solicitud del interesado, en Maicao, a los **veintiséis (26)** día del mes de **junio de Dos Mil Dieciocho (2018).**

**KARIME FONTALVO LOBO**
**Directora Administrativa**

Elaboró: Yelsis García Hernández
Técnico Administrativo

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

14:09

Certificado de vacunación

Nombres: Claribeth Julieth.
Apellidos: Tesillo Solaño
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual
No. 1221967943
Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 01 Año 1996

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 05/03/21 | Pfizer | en IPS | Clinica Nogales | Milena Mosquera | 52200536 |
| | 2 | 26/03/21 | Pfizer | En IPS | Clinica los Nogales | Eliana Garcia | 1032439930 |
| | 3 | 25-4-21 | Moderna | 013210 | Clinica los Nogales | Lina Casallas | 1018455279 |

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrat 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: | CIARIBETH |
| Apellidos: | TESILLO BOLAÑO |
| Documento de identidad: | C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1221967943 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 14 Mes 01 Año 1996 |

**SERMEDIFARM LTDA.**

NIT 900320698-2-1

Cra. 59 No. 59 - 65 Universidad Simón Bolívar Sede 3 Cel 301 712 9266 - 311 414 5200

sermedifarm2012@hotmail.com Barranquilla - Colombia

| | |
|---|---|
| Nombre: | Claribeth Jesilla |
| Apellidos: | Tesillo Bolaño |
| Documento de Identidad: | C.C. T.I. / Pasaporte No 1221967943 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 14 Mes 01 Año 1996 |

**OTRAS VACUNAS**

| Biologico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Tetanos | 2 | 17/08/15 | 01BN-20 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SERMEDIFARM LTDA.
NIT.900320698-2 RM 3

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: | Claribeth |
| Apellidos: | Tesillo Bolaño |
| Documento de identidad: | C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1221967943. |
| Fecha de Nacimiento: | Día 14 Mes 01 Año 1996. |

Escaneado con CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| 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 | U | 21/02/2017 | M3605 | YAMZOLO |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis A | 1 | 19/08/15 | RO364 | |
| | 2 | 06/02/16 | 5101339 | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Influenza | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Meningococcica BC | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Neumococcica Conj | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Tetano | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Triple Viral | 1 | 19/08/15 | 04K13004 | |
| Varicela | 1 | | | |
| Fiebre Amarilla | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Sarampión | | | | |
| Rubiola | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| 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 | | | | |
| Contra Influenza | Unica | 2-08-16 | H3888 | M. Landaverde |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |

Escaneado con CamScanner

idime

02-E02-3363717


**Fecha ingreso** : 26/01/2021 12:46:50 PM
**Fecha de muestra**: 26/01/2021
**Fecha impresion** : 27/01/2021 01:02:09 AM

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Orden | : E02-3363717 | No. Interno | : E02-3363717 |
| Paciente | : TESILLO BOLAÑO CLARIBETH JULIETH | Edad | : 25 a 0 m 12 d |
| Documento Id | : 1221967943 | Teléfono | : 3005972729 |
| Empresa | : PARTICULAR | E-Mail | : clarytesillo_14@hotm |
| Sede | : NORTE | No. Autoriza: | |

**HBSAC**** **Web**

| Examen | Resultado | Unidades | Intervalo Biológico de referencia |
|---|---|---|---|
| | HORMONAS | | |
| **HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS** | | | |
| **HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS** | 280.8 | UI/L | 0 - 0 |

VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10 IU/L
Reactivo: Mayor o igual a 10 IU/L

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad
**Tecnica: Electroquimioluminiscencia**

Validó: Reg 1032472513 ALLISON LATORRE VIRVIESCA 27/01/2021 01:00 AM

FIRMA

**Director Laboratorio** -

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

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 | 2023-06-27 15:25 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| CLARIBETH | JULIETH | TESILLO | BOLAÑO |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1221967943 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |

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

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| 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 |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $530.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 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 1221967943 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Tesillo Bolaño,Claribeth Julieth |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/12/2021 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Tesillo Bolaño,Claribeth Julieth, a los 01 días del mes de diciembre 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

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

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.221.967.943**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

| | | |
|---|---|---|
| HJMB | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| Santa Marta-Magdalena | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos
CLARIBETH JULIETH TESILLO BOLAÑO

| Sexo | | | |
|---|---|---|---|
| M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 1221967943 | CIÉNAGA.MAG | 22 ENERO 2014 |

| 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 | Familiar | Rural | Urbano |
| X | | | | | | | | X | | | | X | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 01 | 1936 | Santa Marta | Mz 24 Casa 14 | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| Clarytesillo_14@hotmail.com | 3005972729 | |

| Ocupación (Seleccione)<br>ENFERMERA PROFESIONAL | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| | |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Publica | | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | Total Egresos mensules |
|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | 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 reconocimie to Publico?

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

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

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con los mismas.

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

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



## 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