En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, ENIT PEREZ ROSADO, Identificado con Cédula No. 57443140 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: Enit Perez Rosado

	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/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
57.443.140
NUMERO

PEREZ ROSADO
APELLIDOS

ENIT
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1970
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

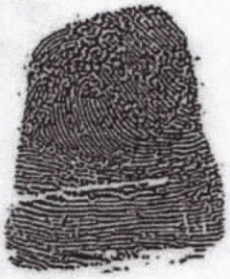
1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

02-JUN-1993 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



INDICE DERECHO

A-2100100-51161462-F-0057443140-20071020 0188807293P 02 229432162

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57443140**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57443140	PEREZ	ROSADO	ENIT	0	2022-03-08, 2:40 pm

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

El (la) suscrito(a) ENIT PEREZ ROSADO identificado con C.C./C.E./P.P No. 57443140 expedida en SANTA MARTA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 2 del mes de diciembre de 2023.

Firma Enit Perez Rosado
Nombre ENIT PEREZ ROSADO
Cédula 57443140

COPIA CONTROLADA

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	ENIT PEREZ ROSADO
Nombre abreviado	ENIT PEREZ ROSADO
Fecha de creación	6/06/2023 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	57443140
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	Cr 14 # 23-42
País	COLOMBIA
Ciudad	Magdalena
Municipio	Santa Marta
Código postal	47001
Teléfono de oficina	3005325269
Fax de oficina	4365007
Correo electrónico de la oficina	enitmancilla@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	enitmancilla@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	ENIT PEREZ ROSADO
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3005325269
Fax	
Correo electrónico	enitmancilla@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

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

Santa Marta 02 de diciembre de 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
L. C.

Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo **ENIT PEREZ ROSADO**, identificado con la C.C. 57443140, solicito a usted me permita ingresar como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cumpliendo las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,

Enit Perez Rosado

ENIT PEREZ ROSADO.
C.C. 57443140 DE SANTA MARTA
CALLE 7 # 17 - 02 LOS ALMENDROS
enitmancilla@gmail.com
3005325269

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14822525138

(415)7707212489984(8020) 000001482252513 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 7 4 4 3 1 4 0	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	5 7 4 4 3 1 4 0	1 9 9 3 0 6 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	ROSADO	ENIT	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 7 17 02 BRR ALMENDROS

42. Correo electrónico: enitmancilla@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 7 0 0 1	3 0 0 5 3 2 5 2 6 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 2	2 0 2 0 0 1 2 1	8 2 9 9	2 0 2 2 0 4 0 8			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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
4 9																									

53. Código

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2022 - 04 - 08 / 09 : 23: 13

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 HIDALGO PALACIO MARIA LUISA
985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Perez	Rosado	Enit

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57443140 — *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 09 MES 03 AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7 17 2

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL enitmancilla@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	6	X		AUXILIAR DE ENEFEMERIA	12	1996	

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*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CALLE 7 17 2 Los Almendros					

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	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	2

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, 02 de diciembre del 2023

Enit Perez Rosado

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

El Externado Nacional de Bachillerato
Hugo J. Bermúdez
de Santa Marta

Aprobado por Resolución Nó 15106 del 9 de Oct. de 1.984
Emanada por el Ministerio de Educación Nacional
Confiere a:

ENIT PEREZ ROSADO

Identificado con C C No. 57 443 140 de STA MTA

El título de

BACHILLER ACADEMICO

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

SANTA MARTA

Director (a)

Secretario (a)

Dado en Santa Marta a 7 de Diciembre de 1994

Acta de Grado

En la ciudad de SANTA MARTA a los SIETE días del mes de DICIEMBRE del año de 1994 se reunieron, con el fín de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del EXTERNADO NACIONAL DE BACHILLERATO HUGO J BERMUDEZ ACADEMICA modalidad institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA, según Resolución(es) Número(s) No. 15106 NUEVE (9) OCTUBRE 1984

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional , se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden,nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No.	NOMBRE
022	ENIT PEREZ ROSADO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. 57.443.140 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. 116 de fecha 7 DE DICIEMBRE DE 1.994

que consta de alumnos graduados, comienza con el nombre de ABELLO CAMARGO RODRIGO ALFONSO y se cierra con el nombre de ZARRAZOLA LOPEZ JASMIN DE JESUS

firmado y sellado por RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO (Rector) y MARITZA ESTHER MOZO JIMENEZ (Secretario)

Dada en SANTA MARTA a los SIETE días del mes de DICIEMBRE de 1.9 94

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Firmado y Sellado

RUTH MARIA BOLAÑO GUERRERO — El Rector o Director(a)

c.c. No. 39.026.328 CIENAGA (MAGDALENA)

MARITZA ESTHER MOZO JIMENEZ — El Secretario(a)

c.c.No. 36.531.990 SANTA MARTA

DIPLOMA No.

República de Colombia
Departamento del Magdalena

Santa ... I-17-17
Resolución No. 0053

DIRECTOR

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

El Centro de Educación en salud del Magdalena "Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

Enit Perez Rosado

Titular de la C.C. Nº. 57.443.140 *Expedida en* Santa Marta

Ha cursado y aprobado el programa de Estudios. Teóricos y Prácticos establecido por el Ministerio de salud y que ha adquirido idoneidad para desempeñarse como:

Auxiliar de Enfermeria

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de agosto de 1968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1992

Director de C E S M A G

P/ Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Secretaria Académica

Santa Marta, Dic. 27-96

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA
(CESMAG)

" GABRIEL ANGULO "

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta, a los 27 días del mes de Diciembre del año 1.996 se reunieron, con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos de el curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** los suscritos director y secretaria del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO",** Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** según Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1.968, Decreto No. 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursan y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** al alumno cuyo nombre y apellido y número de documentos se relacionan a continuación: **PEREZ ROSADO ENIT** con cédula de ciudadanía No. **57.443.140 SANTA MARTA**
Es fiel copia de sue 1.996 que consta de 160 alumnos que comienzan con el nombre de : **ACOSTA ARGOTE FLAVIA CECILIA** y Cierra con el nombre de : **ZAMBRANO GARCIA YOVANA SUJEY.**
firmado y sellado por **HUGO DE J. PEREZ NAVARRO,** Director y **MARELBIS BALCAZAR VALDERRAMA,** Secretaria.

Dada en Santa Marta, a los 27 días del mes de Diciembre de 1.996

Firmado y sellado

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA
ACADEMICA
Centro de Educacion en Salud

HUGO DE J. PEREZ NAVARRO
Director

MARELBIS BALCAZAR VALDERRAMA
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECTOR
Centro de Educacion en Salud

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO - 0053 DE 19__

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DEL SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA, en ejercicio de sus atribuciones legales y especialmente, en las conferidas en los Decretos, y Leyes 056 de 1975, 121 de 1976 y la Resolución 08211 del 15 de junio de 1989 y,

CONSIDERANDO

Que ENIT PEREZ ROSADO, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.57.443.140 expedida en Santa Marta, ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó el CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA "CESMAG" GABRIEL ANGULO de Santa Marta, el 27 de diciembre de 1996.

RESUELVE

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscribase en la Oficina de Control de Medicamentos y Alimentos del Servicio de Salud del Magdalena, a ENIT PEREZ ROSADO para ejercer la profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santa Marta, a los 17 ENE 1997

(original firmado) LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del
Magdalena

JOSE AGUSTIN RADA DIAZ
Jefe Control Medicamentos
y Alimentos

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DPTAL. DEL MAGDALENA



REGISTRO No. 658

NOMBRE: ENIT PEREZ ROSADO

C. C. No. 57.443.140

EXPEDIDA EN: SANTA MARTA

TITULO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

JEFE CONTROL MEDICAMENTOS
Y PROFESIONES MEDICAS

Se le agradece a todas las Autoridades, Civiles y Militares. prestar la mayor colaboración posible al funcionario portador de este Carnet.

Fecha de Expedición: 17- I - 1997

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 *

57443140

Primer Nombre

ENIT

Primer Apellido

PEREZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6646

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-02→9:50:25 AM -2023-12-02→10:27:00 AM -2023-12-02→11:26:36 AM -2023-12-02→12:11:46 PM -2023-12-02→1:20:25 PM -2023-12-02→1:36:49 PM -2023-12-02→2:53:48 PM -2023-12-02→3:12:47 PM -2023-12-02→4:35:39 PM -2023-12-02→5:03:28 PM -2023-12-02→6:19:35 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	57443140	ENIT		PEREZ	ROSADO	Vigente	V

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) ENIT PEREZ ROSADO identificado(a) con CC 57443140 registra La siguiente información:

2023-12-02→6:19:35 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1997-01-17	53	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ENIT PEREZ ROSADO

C.C. 57.443.140

por haber asistido y aprobado el curso:

Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual y de Género.

Realizado en modalidad virtual, del **26 y 27 de Marzo del 2022**,
con una intensidad horaria de **40 horas**.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019, y lo exigido en
la ley 1146 del 2007 y Res. 0459
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa	Regina Ortega Gual	Alfredo Bolívar Tavera
DIRECTOR ACESS	**PSICÓLOGA**	**MÉDICO PERITO**

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ENIT PEREZ ROSADO

C.C. 57.443.140

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA - SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado en modalidad virtual, **del 26 al 28 Marzo de 2022,**
Con una intensidad de **20 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros de reanimación.
El curso sigue lineamientos de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

ENIT PEREZ ROSADO

C.C. 57.443.140

por haber asistido y aprobado el curso:

REANIMACION CARDIO PULMONAR (RCP)

BAJO LINEAMIENTOS AHA – SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Realizado en modalidad virtual, **del 26 al 28 Marzo de 2022,**
Con una intensidad de **48 horas.**
El curso sigue los lineamientos de actualización establecidos por la **American Heart Association 2020**
Organismo que establece los parámetros de reanimación.
El curso sigue lineamientos de acuerdo a la resolución 3100 del 2019.
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

ACESS

Otorga el presente certificado a

ENIT PEREZ ROSADO

C.C. 57443140

por haber asistido y aprobado el curso:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIO Y

Gestión del Duelo

Realizado en modalidad virtual los días **12 y 13 de Marzo del 2022**,
con una intensidad horaria de **20 horas**.
El curso cumple con lo establecido en la Res 3100 del 2019,
Aprobado resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8.

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL
318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Enit Pérez Rosado

CC 57443140 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atencion Integral a Victimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019. con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-09-22
Fecha de vencimiento: 2025-09-22

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

ING. SOLANL_Y COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

ENIT PEREZ ROSADO

C.C. 57443140

por haber asistido y aprobado el curso - taller:

Inyectología y vacunación

Quien cumplió satisfactoriamente con la temática y práctica del curso.
Realizado en la ciudad de **Santa Marta del 14 al 16 de Marzo de 2022,**
con una intensidad horaria de 40 horas.
El curso cumple con lo establecido en la ley 1804 y el plan nacional de salud pública.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS

318 5954676 / 420 8583 info@acess.com.co www.acess.com.co

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723

CALLE 70 N 48 -56 3857980

INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

No CUENTA:332553

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

DATOS DEL PACIENTE

FECHA: 29/09/2020	EMPRESA: PARTICULARES SO	
NOMBRE: ENIT PEREZ ROSADO	DOC. IDENTIDAD: CC 57443140	
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	EDAD: 50 AÑOS	

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1) EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

EXAMEN DE INGRESO

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

CONCEPTOS GENERALES

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

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

SE RECOMIENDA MANTENER TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES Y ESPECIFICAS SEGúN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN ATENCIÒN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIO DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA PANDEMIA ACTUAL POR SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID-19

-PAUSAS ACTIVAS

-USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE AL RIESGO.

ALIMENTACION BALANCEADA BAJA EN HARINAS AZUCARES ,EJERCICIO DIARIO ,HIDRATACION FRECUENTE ,

EDINSON GONZALEZ VARELA
CC 7143550
MEDICO OCUPACIONAL
TP. 18419-2003
RS. SO: 1528-2013

Enit perez Rosado

ENIT PEREZ ROSADO
CC 57443140
DECLARO QUE TODOS LOS DATOS REGISTRADOS CORRESPONDEN A LA VERDAD



CAPTURA BIOMETRICA

HOSPITAL CENTRAL

LA SUSCRITA ENFERMERA DEL CENTRO INTEGRAL DE PRODUCCION DE ENFERMERÍA (CIPE)

CERTIFICA

Que la señora **ENIT PEREZ ROSADO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 57.443.140 de Santa Marta presto sus servicios como Supernumeraria en los servicios de Medicina Interna, Pediatría, UTQ, Quirúrgica, Neonatos Ginecología, Urgencias, Consulta Externa y Cirugía del Hospital Central a partir de Enero de 1997, hasta septiembre 30 del 2004.

La presente certificación se expide en santa Marta a los Veinticuatro (24) días del mes de Febrero del 2005

GRACIELA BASTIDAS CUELLO
Enfermera CIPE

HOSPITAL CENTRAL

SECCION HOSPITALIZACION

LA SUSCRITA ENFERMERA DE LA SECCION DE HOSPITALIZACIÓN

CERTIFICA :

Que la Auxiliar de Enfermería **ENITH PÉREZ ROSADO,** identificada con la cédula de ciudadanía No 57.443.140 expedida en Santa Marta, ha laborado en esta institución realizando turnos en los diferentes servicios asistenciales, en reemplazo de vacaciones, incapacidades y otros, desde el año 97 hasta la fecha.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada en la ciudad de Santa Marta D.T.C H. a los Veintisiete días (27) días del mes de Enero del año Dos mil Tres (2003).

REGINA MEJIA MELÉNDEZ
Enfermera Sección Hospitalización

Copia: Archivo
mcl.

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 57443140 **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 02/12/2023 06:26 PM

Código Verificación: **V6TSYC78A3**

Válida hasta: **01/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Enit

Apellidos: Perez Rosado

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 57443140

Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 03 Año 1970

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	20/06/16	VF X 1007	
	2	21/07/16	VF X 1007	
	3	20/12/16	VF X 707	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	1	8/07/19	T34931V	
Virus de Papiloma Humano				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Enit

Apellidos: Perez Rosado

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

No. 57.443140

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 03 Año 1970

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22-04-2021	Astrazeneca	AV46683	HUJMB	Alvis Carea	57170484
	2	130122	Astrazeneca	NL 0122	Pramagdalena	Andrea Rodriguez B. Enfermera jefe CC. 1082962262	
		1er ref.	Pfizer	ACC 5853	Saolisalud	Leishis	57298319

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	2023-06-22 15:18

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ENIT		PEREZ	ROSADO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57443140

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$12.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EMIDIO	JOSE	MANCILLA	GONZALEZ

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:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ENIT PEREZ ROSADO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **57443140** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 57443140
NOMBRES Y APELLIDOS	ENIT PEREZ ROSADO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/06/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	50
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	4

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **02/12/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57443140,** *no está registrado/a* en el 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 02 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HJMB	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	GRUPO FUNCIONAL DE ENFEMERIA	06-06-2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos ENIT PEREZ ROSADO												Sexo			
												M		F	x

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	57443140	SANTA MARTA MAGDALENA	09-03-1970

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
			X				X		1			X		X

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
	SANTA MARTA	CALLE 7 CR17 N°17-02	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
enitmancilla@gmail.com	3005325269	x

Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado				9	6	0	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AXUILIAR DE ENFERMERIA	PERSONAL ASISTENCIAL

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 Mensual		Total Egresos mensules	0
Otros Ingresos Mensules		Otros Egresos Mensual	0
Total Activos		Total Pasivos	0
Mes y año de corte de la información financiera sumini	Mes / Año	Es declarante?	SI / NO X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?	N/A
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?	N/A
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:	N/A

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

5. FIRMA Y HUELLA

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



Nombre y Firma Oficial de cumplimiento