| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE | LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL | CODIGO: GJC12F<br>VERSION: 06<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023<br>PAGINA 1 de 1 |

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, *Keidys Grised Maestre Tejeda*, Identificado con Cédula No. *57293743* y Profesión *Enfermera* AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____ CC 57293743 Sta Meta

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | x | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | x | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php | x | |
| 4 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/ | x | |
| 5 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (Pantallazo) | x | |
| 6 | Propuesta de Servicios (Mes Actual) | x | |
| 7 | Libreta Militar (Hombres menores de 50 años) | | x |
| 8 | Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA) | | x |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario (Año 2023) | x | |
| 10 | Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual) | x | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados) | x | |
| 12 | Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente – Mes Actual). | x | |
| 13 | Convalidación de Titulo (Médicos Generales y Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. | | x |
| 14 | Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial) | x | |
| 15 | Tarjeta Profesional | x | |
| 16 | RETHUS (Personal Asistencial en general) | x | |
| 17 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde $250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas) | | x |
| 18 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial). | x | |
| 19 | Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | x |
| 20 | Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | x | |
| 21 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- PALS (Pediatras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | x |
| 22 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | x |
| 23 | Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | x | |
| 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*. | | x |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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*) | x | |
| 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.* | | x |
| 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*). | x | |
| 28 | Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años). | | x |
| 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) | x | |
| 30 | Soporte de experiencia laboral. | x | |
| 31 | Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.* | x | |
| 32 | Vacunas (HEPATITIS B) (todo el personal asistencial) | x | |
| 33 | Formato DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS — Diligenciar en la ~~página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=~~LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año) | x | |
| 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
57.293.743
NUMERO
MAESTRE TEJEDA
APELLIDOS
KEIDYS GRISED
NOMBRES
Keidys Maestre T
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1982
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
27-JUN-2001 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO




# Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57.293.743**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57.293.743 | MAESTRE | TEJEDA | KEIDYS | GRISED | 02/09/21 |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022.

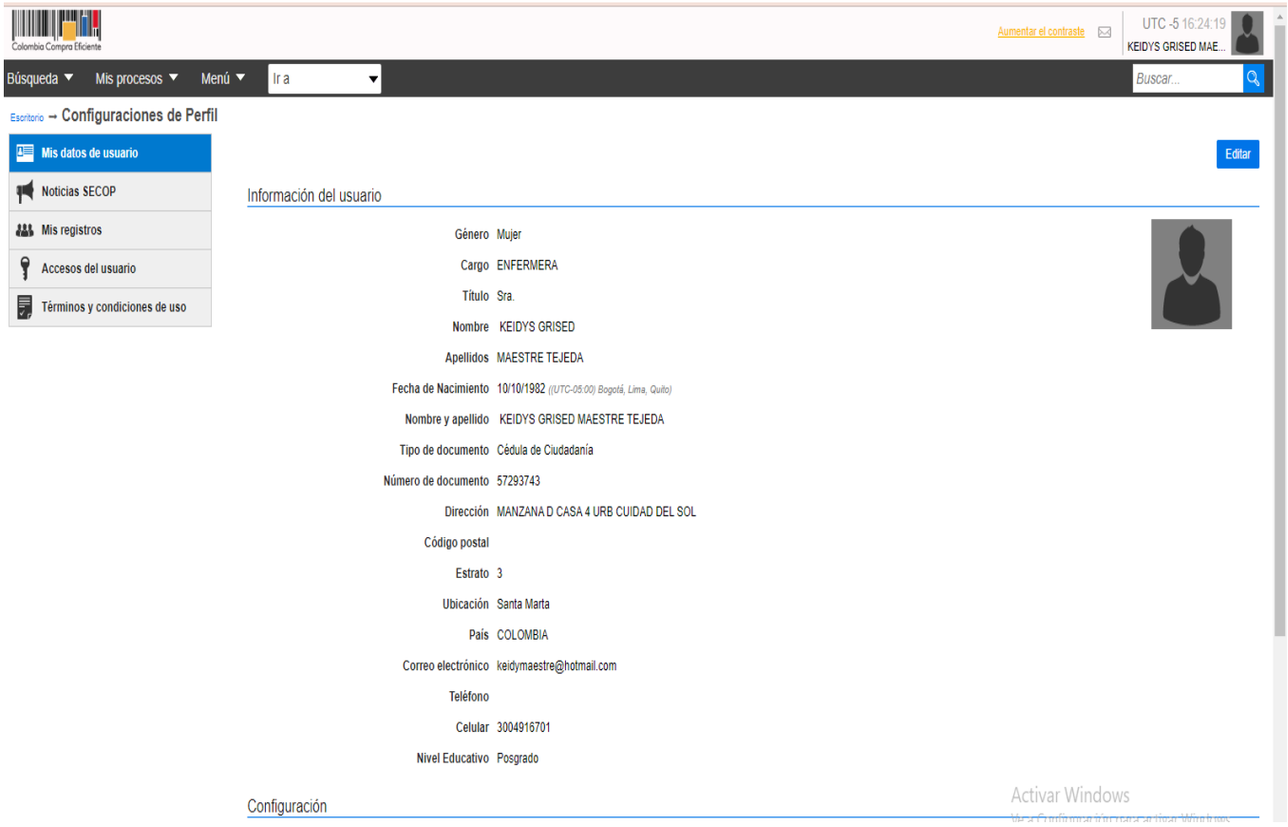
El (la) suscrito(a) Keidys Grised Maestre Tejeda identificado con C.C./C.E./P.P No. 57293743 expedida en Santa Marta , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL 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 29 del mes de Diciembre de 2023.

Firma _____
Nombre Keidys Grised MaestreTejeda
Cédula 57293743 de Santa Marta

COPIA CONTROLADA


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:24:19
KEIDYS GRISED MAE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo ENFERMERA
Título Sra.
Nombre KEIDYS GRISED
Apellidos MAESTRE TEJEDA
Fecha de Nacimiento 10/10/1982 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 57293743
Dirección MANZANA D CASA 4 URB CUIDAD DEL SOL
Código postal
Estrato 3
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico keidymaestre@hotmail.com
Teléfono
Celular 3004916701
Nivel Educativo Posgrado
Configuración
Activar Windows

Santa Marta, 29 Diciembre 2023

Señor:
German Gaviria Vargas Mosquera
**Gerente**
**Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**
Ciudad,

Tengo el gusto de presentarles mi hoja de vida ya que estoy muy interesado en trabajar con ustedes en el ámbito de la Unidad de cuidados intensivos neonatal – pediátrico

Por la formación recibida y la experiencia que me avala, reúno las aptitudes necesarias para desempeñar el cargo como Enfermera profesional.

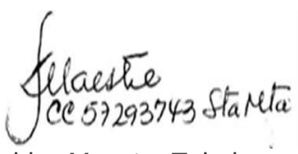
Reafirmándome en lo anterior, les sugiero que consideren no sólo la adecuación del título universitario que me acredita, sino también las actividades específicas que vengo desarrollando desde hace tiempo en el sector.

Los nuevos retos me estimulan para emprender con entusiasmo las nuevas responsabilidades que pudiera asumir, aun a sabiendas de que el camino que me queda por recorrer es largo todavía.

Mi disponibilidad para asumir desde ahora mismo está encomienda laboral está en consonancia con mis aspiraciones profesionales.

Mientras tanto, quedo a la espera de sus gratas noticias.

Atentamente,




Keidys Maestre Tejeda
C.C. 57.293.743. de Santa Marta
keidymaestre@hotmail.com
Cel: 3004916701

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2 Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14312073959

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5729374 | 6. DV: 3

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta — 19

14. Buzón electrónico:

## 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 — 13 | 57293743 | 2001-06-27 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Magdalena — 47 | Santa Marta — 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MAESTRE | TEJEDA | KEIDYS | GRISED |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA — 169 | Magdalena — 47 | Santa Marta — 001 |

41. Dirección principal: MZ 4 CA 5 URB EL PARQUE

42. Correo electrónico: keidymaestre@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3004916701

45. Teléfono 2: 4364315

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0010 | 2014-09-05 | | | | | 2224 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Obligados aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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: 2014 - 09 - 05

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: ARROYO DUQUE BENIVALDO SEGUNDO
985. Cargo: Analista V

Fecha generación documento PDF: 09-09-2023 12:30:24PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Maestre | Tejeda | Keidys Grised |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57293743 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DÍA 10 MES 10 AÑO 1982 | CALLE 34 - MANZANA D CASA 4 URB CUIDAD DEL SOL | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | TELÉFONO | 3004916701 | EMAIL | keidymaestre@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | BASICA SECUNDARIA | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | FECHA DE GRADO | | | |
| | | | | | | | | | | | MES | 12 | AÑO | 1998 |

**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 | 08 | 2003 | 13483 |

**CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS**

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINCA ESIMED | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 10 | *Año* | 2006 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE, | *DEPENDENCIA*<br>ENFERMERAA PROFESIONAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>- CRA 24 #107 | | | | | |

| 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>4365007 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 10 | *Año* | 2020 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA L5 | *DEPENDENCIA*<br>ENFERMERAA PROFESIONAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 - 23 42 | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 01 | *Mes:* | 04 | *Año:* | 2007 | *Día:* | 30 | *Mes:* | 11 | *Año:* | 2010 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>POSTGRADO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>- SEDE TRONCAL | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 2 | 8 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 20 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 22 | 11 |

## 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 , 29 Diciembre 2023

Jalaeste
CC 57293743 Sta Mta

*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*

INSTITUTO DEPARTAMENTAL "LAURA VICUÑA" PARA SEÑORITAS
Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución
No. 273 del 4 de Noviembre de 1997
Registro del DANE 14700100309-Código ICFES 010149-6
Teléfono No. 4215939-Santa Marta

ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 20 FOLIO 93

En la ciudad de Santa Marta, a los 18 días del mes de Diciembre del año 1998 se reunieron en el **INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA,** aprobado en el Nivel de Educación Media y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO, ESPECIALIDAD EN CIENCIAS NATURALES,** según Resolución No. 273 del 4 de noviembre de 1997. La Rectora y Secretaria, con el fin de formalizar la graduación de las alumnas del último grado.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO, ESPECIALIDAD EN CIENCIAS NATURALES,** a las graduandas cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

| No. | NOMBRES | APELLIDOS |
|---|---|---|
| 61 | KEIDYS GRISED | MAESTRE TEJEDA |

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. 821010-05697 SANTA MARTA

Esta acta consta de 143 alumnas, comienza con el nombre de: NINI TATIANA ALVAREZ RESTREPO y termina con el de ANA KAROLINA YANES ARZUZA

Para constancia, se firma la presente por quienes intervienen en este acto, en cumplimiento con lo ordenado en el artículo 7°. Del Decreto 180 de 1981.

Firmada y sellada por **CLARA SERPA ROMERO,** Rectora y por **FANNY ROMERO DE AMAYA,** Secretaria.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA RECTORA SANTA MARTA

INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA Secretaria SANTA MARTA

**CLARA SERPA ROMERO**
C.C. #36.521.976 Santa Marta

**FANNY ROMERO DE AMAYA**
C.C #36.528.083 Santa Marta

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

# Instituto Departamental Laura Vicuña

Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

(Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 275 del 4 de Noviembre de 1.997

Confiere a:

## Keidys Grised Maestre Tejeda

Identificado (a) con T.I. # 821010-05697 de Sta. Mta.

El Título de:

## Bachiller Académico

### Especialidad en Ciencias Naturales

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

INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA RECTORA SANTA MARTA

Rector (a)

Secretario (a)

Expedido en Santa Marta, el 18 de Dic de 1.998

Anotado al Folio No. 93 del Libro de Registro No. _____

Dado en Sta. Mta el 18 de Dic de 1998

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 201

**DEPENDENCIA:** FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE** ENFERMERIA

**APROBACIÓN DEL PROGRAMA:** ACTA No. 014 DE SEPTIEMBRE 15 DE 1993

**FECHA:** 29 DE AGOSTO DE 2003

**LUGAR:** UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

**En atención a que** KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA

**con cédula de ciudadanía No.** 57,293,743 **de** SANTA MARTA (MAGD.)

**Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de** ENFERMERA

**Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No.** 009 **en sesión del día** 22 **de** JULIO **de** 2003

**Para constancia se suscribe por:**

Juan Carlos Pérez Soto
JUAN CARLOS PEREZ SOTO
**Rector**

CESAR PEREZ GARCIA
**Rector Honorario**

Gloria Patricia Rave I.
GLORIA PATRICIA RAVE I.
**Secretario General**

JUAN OLIVELLA JACQUIN
**Director Seccional**

BAROUK ZAWADY LEAL
**Decano de la Facultad**

No. 37171



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

# Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

## Keidys Grised Maestre Tejeda

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 57.293.743 DE SANTA MARTA (MAGDALENA)

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

# ENFERMERA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta el 29 de agosto de 2003

Rector

Rector Honorario

Decano de Facultad

Decano Seccional

Secretario General

Registro y Diplomas

Inscrito al folio 047 del Libro de Registro de Diplomas No. 7

Diplomado en Santa Marta D.T. y C. el 29 de Agosto de 2003

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

**Acta Individual de Graduación No.** 1

**DEPENDENCIA:** ESCUELA DE POSTGRADOS

**PROGRAMA DE** GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

**APROBACIÓN DEL PROGRAMA:** ACTA No.06 NOVIEMBRE 25 DE 1991

**FECHA:** 11 DE MARZO DE 2008

**LUGAR:** UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - SANTA MARTA

**En atención a que** KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA

**con cédula de ciudadanía No.** 57,293,743 **de** SANTA MARTA

**Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de** ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

**Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta No.** 01 **en sesión del día** 12 **de** FEBRERO **de** 2008

**Para constancia se suscribe por:**

CESAR PEREZ GARCIA
**Rector**

OMAR VARGAS VARGAS
**Director Seccional**

MAXIMO PEREZ SOTO
**Director de Postgrado**

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
**Secretario General**

**No. 1571**

Escaneado con CamScanner

# Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24 195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

## Keidys Grised Maestre Tejeda

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº. 57.293.743 DE SANTA MARTA

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

# ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta, el día 11 de marzo de 2008

Rector

Director de Postgrados

Director Regional

Secretario General

Registrado y Diplomado

Asentado al folio No. [illegible] del Libro de Registros y Diplomas No. 5

Refrendado en Santa Marta, el [illegible] de [illegible] de 2008

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.

## Acta Individual de Graduación No. 9

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

CÓDIGO SNIES: 4657

FECHA DE GRADO: 31 DE JULIO DE 2015.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA
con cédula de ciudadanía No 57.293.743 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 11 en sesión del día 8 de julio de 2015.

Para constancia se autorizó este título por parte de la Rectora, Director(a) de Sede,
Decano(a) facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rectora: MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de Sede: HERMES JAIME GUTIERREZ

Decano(a) Facultad HAIDY ROCIO OVIEDO CORDOBA

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el dia 31 DE JULIO DE 2015.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que:

# KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA

con cédula de ciudadanía No. 57.293.743 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

# ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 31 de Julio de 2015

Secretario(a) General

Rector(a)

Secretario(a) General

Folio No. 242 Libro de Registros No. 7 Registro No. 6969 Refrendado en Santa Marta el día 31 de Julio de 2015

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **KEIDYS MAESTRE** dentificada con la cédula de ciudadanía 57.293.743 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 trece días (13) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
**DESARROLLO DE SERVICIOS**

**RESOLUCIÓN No.** 0826

"Por la cual se registra un título"

**EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que, **KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 57.293.743, ha solicitado el registro de su título de ENFERMERA que le otorgó **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA,** según **Acta de Grado No. 201** de fecha 22 DE JULIO DEL 2003.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la **E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE ALGARROBO** Magdalena, durante el período comprendido entre el 01 de noviembre de 2003 al 31 de octubre de 2004, radicada en el libro de registro profesionales No 0075 del 30 de enero de 2002 con No de orden 69-E , desempeñando el cargo de enfermera.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO UNICO:** Autorizar a **KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA** para ejercer la profesión como ENFERMERA en todo el territorio nacional

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 17 ENE 2005

**SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA**

Proyectado por CONSUELO SEPÚLVEDA .O.

REPUBLICA DE COLOMBIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

A N E C

TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA

C.C. 57.293.743 SANTA MARTA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 13483

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 24/JUL/2006

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 24/JUL/2016

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Ingresar | Registrarse | Ayuda

## 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 * | Número de Identificación * | Primer Nombre | Primer Apellido | Confirme los números de la Imagen * |
|---|---|---|---|---|
| Cedula de Ciudadania | 57293743 | keidys | maestre | 9592 |

Cambiar

4742

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-09-09--12:59:04 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57293743 | KEIDYS | GRISED | MAESTRE | TEJEDA | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA identificado(a) con CC 57293743 registra La siguiente información:

2023-09-09--12:59:04 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2006-07-24 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |
| UNV | Local | Enfermería | 2005-01-17 | 826 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

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

Activar Windows
Ir a Configuración para activar Windows.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Keidys Grised Maestre Tejeda*

## *CC 57293743 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-09
Fecha de vencimiento: 2024-12-09

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Keidys Grised Maestre Tejeda*

## *CC 57293743 de Santa Marta*

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

Fecha de emisión: 2022-12-11
Fecha de vencimiento: 2024-12-11

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



REPUBLICA DE COLOMBIA

CBN

CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE

*Certifica que:*

KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA

*C.C. 57293743*

*Asistió al curso*

ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS
UCI NEONATAL Y PEDIÁTRICA

Santa Marta, Junio 12 de 2015

CARLOS QUINTERO LOZANO
Rector

DIRECTOR ESCUELA DE SALUD

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Certifica que:

# KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA

Con número de identificación

**57293743**

Participó como asistente en el II congreso internacional de

**Enfermería en Cuidado Crítico, Pediátrico y Neonatal**

Realizado en Bogotá, Colombia los días 26 y 27 de mayo 2022

**Roosevelt Fajardo**
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

**Susana Acevedo**
Jefe de Educación Continuada
Fundación Santa Fe de Bogotá

**Sandra Cortés**
Directora de Enfermería
Fundación Santa Fe de Bogotá

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Keidys Grised Maestre Tejeda*

## *CC 57293743 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-05
Fecha de vencimiento: 2024-12-05

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

*NIT. 901366232-1*

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

# *Certifica*

# *Keidys Grised Maestre Tejeda*

## *CC 57293743 de Santa Marta*

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

Fecha de emisión: 2022-12-01
Fecha de vencimiento: 2024-12-01

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

**SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S**
**NIT: 901127782-6**
**Lic. Salud ocupacional 0460**

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 09/09/2023 Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA
Cédula: 57293743 Sexo: F Edad: 40 Años
Labor a Desempeñar: ENFERMERA JEFE

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa entrega datos clínicos, comunicación en video llamada, se procede a realizar examen y verificación de datos. por su actividad laboral del sector salud se hacen reinducción en la importancia del uso del visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes para atender sus pacientes. Acatando medidas frente a los Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como CoviD-19, Otros Virus y Bacterias.

.

| **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR** |
|---|
| ***Recomendaciones y/o restricciones:*** <br>○ HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE <br>○ PAUSAS ACTIVAS <br>○ USO DE EPP <br>○ CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN LA EMPRESA. |

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes.
La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud. Evaluada por teleconsulta decreto 358 del 2020–telemedicina resolución 2654 de 2019 artículo 2 de la ley 1419 de 2010



**SANTANDER MARQUEZ**
**Medico Laboral**
**R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M**



CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

Presencia Inteligente Ltda.
SERVICIOS TEMPORALES
NIT: 802.005.244-0

*HACE CONSTAR:*

| | |
|---|---|
| Que El (La) Señor(a) | **KEIDYS MAESTRE TEJEDA** |
| Con Cédula de Ciudadanía No. | 57.293.743 expedida en SANTA MARTA |
| Contrato de trabajo: | Por el tiempo que dure la realización de la Obra o Labor Contratada. |
| Laboró desde: | 15/06/2005 Hasta 14/06/2006 |
| Desempeñando el cargo de: | Enfermera(o) Jefe, como trabajador(a) en misión en CLINICA LA MILAGROSA |
| Asignación final mensual de: | $846,720 |

La presente constancia se expide en Barranquilla a los 16 días de mes de Noviembre del año 2006.

*Atentamente,*

*CLARIZA GOMEZ PALENCIA*
*Departamento de Personal*
SEASAT2022

Carrera 49 No. 70-77 - Tels.: 3607422 - 3583324 - Telefax: 3605767
Barranquilla - Colombia

Presencia Inteligente Ltda.
SERVICIOS TEMPORALES
NIT. 802.005.244-0

*HACE CONSTAR:*

| | |
|---|---|
| Que El (La) Señor(a) | **KEIDYS MAESTRE TEJEDA** |
| Con Cédula de Ciudadanía No. | 57.293.743 expedida en SANTA MARTA |
| Contrato de trabajo: | Por el tiempo que dure la realización de la Obra o Labor Contratada. |
| Laboró desde: | 15/06/2005 Hasta 14/06/2006 |
| Desempeñando el cargo de: | Enfermera(o) Jefe, como trabajador(a) en misión en CLINICA LA MILAGROSA |
| Asignación final mensual de: | $846,720 |

La presente constancia se expide en Barranquilla a los 16 días de mes de Noviembre del año 2006.

*Atentamente,*

*CLARIZA GOMEZ PALENCIA*
*Departamento de Personal*

Presencia Inteligente Ltda.
SERVICIOS TEMPORALES
NIT: 802.005.344-0

## *HACE CONSTAR:*

| | |
|---|---|
| Que El (La) Señor(a) | **KEIDYS MAESTRE TEJEDA** |
| Con Cédula de Ciudadanía No. | 57,293,743 expedida en SANTA MARTA |
| Contrato de trabajo: | Por el tiempo que dure la realización de la Obra o Labor Contratada. |
| Laboró desde: | 19/07/2006 Hasta 20/10/2006 |
| Desempeñando el cargo de: | Auditora concurrente, como trabajador(a) en misión en CLINICA LA MILAGROSA |
| Asignación final mensual de: | $897,523 |

La presente constancia se expide en Barranquilla a los 16 días de mes de Noviembre del año 2006.

*Atentamente,*

*CLARIZA GOMEZ PALENCIA*
*Departamento de Personal*

Carrera 46 No. 70-77 - Tels.: 3607422 - 3594324 - Telefax: 3605767
Barranquilla - Colombia

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA
DE COLOMBIA

**CERTIFICA**

**La Universidad Cooperativa de Colombia** en virtud del convenio intercooperativo celebrado con **La Cooperativa de Trabajo Asociado LA COMUNA** certifica que el señor(a)**KEIDYS GRISED MAESTRE TEJADA**, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No.**57293743**, presta sus servicios en esta institución a través del convenio de trabajo asociado celebrado entre las partes, **La Cooperativa de Trabajo Asociado LA COMUNA** en su base de datos presenta la siguiente información, relacionada con su (s) convenios de trabajo asociado.

| Servicio Prestado | Seccional | Facultad | | |
|---|---|---|---|---|
| DOCENTE TIEMPO REQUERIDO | SANTA MARTA | FACULTAD DE MEDICINA | | |
| Fecha Inicio | Fecha Terminación | Estado | Compensación Mensual | Bonificación |
| 2007-04-01 | 2007-06-16 | Terminado | $281,500 | $0 |
| Servicio Prestado | Seccional | Facultad | | |
| DOCENTE TIEMPO REQUERIDO | SANTA MARTA | FACULTAD DE MEDICINA | | |
| Fecha Inicio | Fecha Terminación | Estado | Compensación Mensual | Bonificación |
| 2007-08-01 | 2007-11-30 | Terminado | $281,500 | $0 |
| Servicio Prestado | Seccional | Facultad | | |
| DOCENTE MEDIO TIEMPO | SANTAMARTA | FACULTAD ENFERMERIA | | |
| Fecha Inicio | Fecha Terminación | Estado | Compensación Mensual | Bonificación |
| 2010-04-05 | 2010-08-12 | Terminado | $949,459 | $ |
| Servicio Prestado | Seccional | Facultad | | |
| DOCENTE MEDIO TIEMPO | SANTAMARTA | FACULTAD ENFERMERIA | | |
| Fecha Inicio | Fecha Terminación | Estado | Compensación Mensual | Bonificación |
| 2010-09-27 | 2010-11-30 | Terminado | $949,459 | $ |

El presente certificado se expide a través del sitio de internet www.lacomuna.com.co el día 05 de Febrero de 2011 . Este certificado se presume válido, si usted desea verificar los datos del mismo por favor envíe un mensaje a servicioasociados@lacomuna.com.co o comuníquese al teléfono (4) 2282299 ext. 100 en Medellín. Atentamente,



Clínica La Milagrosa S.A.
Nuestro Objetivo Para Su Salud
Nit. 800.097.55-1

ISO 9001
icontec

Santa Marta, 05 de Septiembre de 2017

**LA JEFE DE GESTION HUMANA**

**HACE CONSTAR**

Que la señora **KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA**, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 57.293.743, laboró en esta Institución como **ENFERMERA JEFE DE UCI NEONATAL** , con un contrato a término fijo inferior a un año en los periodos y cargos comprendidos así:

| | |
|---|---|
| Del 05-04-12 al 04-04-13 | Coord. de Enf. De UCI Neonatal |
| Del 08-05-13 al 12-04-15 | Coord. de Enf. De UCI Neonatal |
| Del 03-05-15 al 10-05-16 | Enfermera Jefe – UCI Neonatal |
| Del 03-06-16 al 12-12-17 | Enfermera Jefe – UCI Neonatal |

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

**KETTY ELIET OLIVERA GUZMAN**
Jefe de Gestión Humana
gestionhumana@clinicalamilagrosa.com.co

esimed

NIT 800.215.908-8

**ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)**
**NIT. 800.215.908-8**

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS, el (la) Sr(a) **KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA** identificado(a) con documento de identidad N° **57.293.743**, tiene registrado el siguiente historial de contratos laborales.

Con la empresa **CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP (EN LIQUIDACIÓN) NIT 830.106.376-1** desde el **20 de octubre de 2006**, hasta **el 30 de noviembre de 2015** con el cargo de **ENFERMERO JEFE** y contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO**, con ultima asignación salarial mensual de **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS ($2.000.189) M/Cte.**

De acuerdo con cesión de contrato de trabajo suscrita entre la CORPORACION IPS SALUDCOOP y con la empresa **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED S.A NIT 800.215.908-8** desde el dia **01 de diciembre de 2015** desempeñando el cargo de **ENFERMERO JEFE**, con contrato de trabajo **TERMINO INDEFINIDO**, con ultima asignación salarial mensual de **DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL PESOS ($2.000.189) M/Cte.**

Como constancia de lo anterior, se expide este documento en la ciudad de Bogotá D.C., a los **13 de diciembre de 2019**.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra linea 4399856 Ext: 6519 – 6520, celular 3505718079.

Cordialmente,

**GABRIEL ENRIQUE PATIÑO QUIÑONES**
**Apoderado General**

CLÍNICA PRADO

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO DE**
**SOCIEDAD MEDICA DE SANTA MARTA**
**Nit 891701664-1**

**CERTIFICA**

Que la señora KEIDYS CRISED MAESTRE TEJEDA, identificada con cédula de ciudadanía n° 57293743, tiene un contrato de trabajo INDEFINIDO con la empresa desde el 14 de DICIEMBRE de 2018 desempeñando el cargo de PROFESIONAL EN ENFERMERIA y un salario promedio mensual de $ 2.115.266 (DOS MILLONES CIENTO QUINCE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON 0/100)

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de SANTA MARTA el día 26 de Diciembre de 2019.

**Atentamente,**

**TATIANA TRUJILLO CUADRO**
**COORDINADORA DE GESTION HUMANA**
**SOCIEDAD MEDICA DE SANTA MARTA**

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **57.293.743** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **3250** de fecha 06 de Octubre de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de **SIETE** MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL PESOS ($7.453.000).
2. No. **262** de fecha 01 de Enero de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Enero al 31 de Marzo de 2021, por un valor de **SIETE MILLONES** OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
3. No. **1288** de fecha 01 de Abril de 2021 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2021, por un valor de **SIETE MILLONES** OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

**OBJETO:** PRESTAR LOS **SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA** DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los doce (12) días del mes de mayo de 2021.

**ANA MARIA CORDOBA LEAL**
Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

**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 57293743 **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 13/12/2023 04:36 PM

Código Verificación: **YG749EBL13**

Válida hasta: **12/03/2024**

**Dirección de Gobierno Digital**

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





57293743

## HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI-ANTIGENOS DE SUPERFICIE

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA

**NOMBRE:** KEIDYS GISSED MAESTRE
**DIRECCIÓN:** Barranquilla
**EMPRESA:** Particular 116/Sede Santa Marta

**DOCUMENTO:** 57293743
**TELÉFONO:**

**EDAD:** 30.3 Años
**GENERO:** F

| ANALISIS | RESULTADO | V.REFERENCIA |
|---|---|---|
| A. ANTICUERPOS-S DE LA HEPATITIS B (ANTIHBs) | 279.65 | |

*Valor de referencia:*
*No reactivo: Menor de 10 UI/L*
*Reactivo: Mayor de 10 UI/L*
*Método:Electroquimioluminiscencia*

KEIDYS GISSED MAESTRE

Responsable: Dasty Arroyo Diazgranados
Bacteriologa
Universidad De San Buenaventura
Tp No. 313/2004

Escanea el código si deseas verificar datos

Carrera 53 No. 64-28 Barranquilla - Colombia PBX: (5) 3669700
www.laboquimicos.com info@laboquimicos.com

# Certificado Digital de Vacunación Colombia

## contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

## COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

**Nombres y apellidos** / Full name

KEIDYS ORISED MAESTRE TEJEDA

| **Tipo de identificación** / ID Type | **Número de identificación** / ID Number |
|---|---|
| CC | 57293743 |
| **Fecha nacimiento** / Date of birth | **País nacimiento** / Country of birth |
| 10/10/1982 | CO-COLOMBIA |
| **Número de contacto (celular)** / Phone number | **Correo electrónico** / e-mail |
| 3004916701 | |

### Datos de vacunación / Vaccination detail

| Dosis / Dose number | Primera | Segunda | Refuerzo |
|---|---|---|---|
| Lote / Vaccine Batch | EN1194 | EN1195 | 015F21A |
| Vacuna / Vaccine | PFIZER MANUFACTURING BELGIUM | PFIZER MANUFACTURING BELGIUM | MODERNA SWITZERLAND GMBH |
| Centro vacunador / Administering Center | SANTA MARTA CLINICA EL PRADO | SANTA MARTA CLINICA EL PRADO | SANTA MARTA CLINICA EL PRADO |
| Fecha de aplicación / Date of Vaccination | 19/02/2021 | 12/03/2021 | 13/01/2022 |
| País de vacunación / Country of Vaccination | CO-Colombia | CO-Colombia | CO-Colombia |
| Sello digital / Digital Stamp | J4S4TZCUMUSHX3XR7EY4TOTEGSSC7BBUTSSF7AZYR4TJ4AASBIKQ | ETGPKKFI222S6XRD3WKWILQS2CFRXNGBZOMXDTBNT2RWPLDM4GBQ | KUBMPIDLLJXX6WIOFMPXIZTJ4LVJDM7Y5GNW4JUQGLG4G2HPCC2Q |
| Fecha de emisión del documento / Document issued | 20/03/2022 | 20/03/2022 | 20/03/2022 |

**El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

**Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.**

**Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página**

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open this page

View certificate in MiVacuna

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 | OTRO | Fecha de publicación | 2023-02-22 13:23 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| KEIDYS | GRISED | MAESTRE | TEJEDA |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 57293743 |

| 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 | $38.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $900.000,00 |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $38.900.000,00 |

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 |
|---|---|
| PRESTAMO DEL BANCO | $47.000.000,00 |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

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 57293743 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Maestre Tejeda,Keidys Grised |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Dependiente, Independiente Con Contrato |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/07/2019 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Maestre Tejeda,Keidys Grised, a los 06 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

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **57293743,** se encuentra afiliado/a desde **23/08/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 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

| HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F |
|---|---|---|
| | | VERSION: 002 |
| | | FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| SANTA MARTA | SANTA MARTA | 1-08 -22 |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | | |
| | | | | | | | | | 57293743 | SANTA MARTA | 27-jun-01 |

| 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 | 2 | | X | | | X |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 10 | 1982 | SANTA MARTA | MANZANA D CASA 4 CIUDAD DEL SOL | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| KEIDYMAESTRE@HOTMAIL.COM | 3004916701 | 0 |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | X | Empleado | X | 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 Documeıto | | | | | Número |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | C.C. | | | P.P | | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HUJMB/CEHOCA | Publica | | Privada | | Mixta | X | Otra, cual? | ENFERMERA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CALLE 14 #24 -42 | SANTA MARTA | ALCAZARES | 0 |

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

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales 3390000 | Total Egresos mensules 3390000 |
|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | Otros Egresos Mensuales |
| Total Activos 0 | Total Pasivos 0 |

| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes 12 | Año 2021 | Es declarante? | SI | X | NO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

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

## 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 mí(s) cuenta(s) efectúen

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.





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

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