# LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL



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

**FIRMA:** _____

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sili.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

NUMERO **39.049.294**

**BERMUDEZ IBAÑEZ**

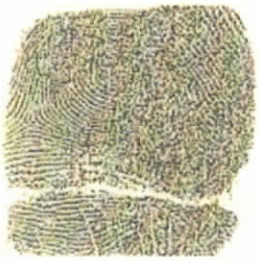
APELLIDOS

**LUZ MERY**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1980**

**CIENAGA**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.56** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**19-MAR-1998 SANTA MARTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00196392-F-0039049294-20091112 **00179**60553A 1 32484157

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 39049294

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 39049294 | BERMUDEZ | IBAÃ'EZ | LUZ | MERY | 2024-01-17, 3:08 pm |

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 39049294 | BERMUDEZ | IBAÃ'EZ | LUZ | MERY | 2024-01-17, 4:08 pm |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) Luz Yeny Bermudez J. identificado con C.C./C.E./P.P No. _____ 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 17 del mes ENERO de 2024.

Firma _____
Nombre Luz Yeny Bermudez J.
Cédula 39049294

COPIA CONTROLADA

Colombia Compra Eficiente



Mis datos de usuario
**Noticias SECOP**
**Mis registros**
**Accesos del usuario**
**Términos y condiciones de uso**

## Datos del usuario guardados

Editar

### Información del usuario



| | |
|---|---|
| **Género** | Mujer |
| **Cargo** | |
| **Titulo** | Sra. |
| **Nombre** | LUZ MERY |
| **Apellidos** | BERMUDEZ IBAÑEZ |
| **Fecha de Nacimiento** | 27/01/1980 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Nombre y apellido** | LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ |
| **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadanía |
| **Número de documento** | 39.049.294 |
| **Dirección** | MZNA 23 CASA 10 |
| **Código postal** | |
| **Estrato** | 2 |
| **Ubicación** | SANTA MARTA |
| **Pais** | COLOMBIA |
| **Correo electrónico** | luzb-i@hotmail.com |
| **Teléfono** | |
| **Celular** | 3225690088 |
| **Nivel Educativo** | Universitaria completa (con título) |

### Configuración

| | |
|---|---|
| **Zona horaria** | (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito |
| **Idioma** | Español (Colombia) |
| **Configuración regional** | Spanish (Colombia) |

### Seguridad de la información

| | |
|---|---|
| **Pregunta de seguridad** | ¿Cuál es su número de teléfono? |
| **Respuesta** | 3225690088 |
| **SMS para recuperar la contraseña** | 3225690088 |

Editar

*PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL AÑO 2023*

**LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ**
Enfermera jefa T.P.N. 35553
Manzana 23 Casa 11 Bolivariana
Teléfono Móvil: 3225690088



**PERFIL PROFESIONAL**

Excelentes habilidades de comunicación y capacidad para proporcionar apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Orientada a resultados, enfocada en la seguridad del paciente y comprometida con el aprendizaje continuo y el desarrollo de mi vida profesional.

Mi objetivo profesional es seguir trabajando en una institución en la cual pueda desarrollar y aportar mi formación y experiencia como Enfermera, he desarrollado habilidades y aptitudes que me ayudan a la implementación de mi labor profesional. Actualmente me encuentro en la búsqueda de nuevas oportunidades laborales y deseo formar parte de un equipo de trabajo que me permita mostrar mi valía y aportar mis habilidades y experiencia.

Se suscribe de Usted

**LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ**
C. C. N° 39049294 Santa Marta

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14775992902

(415)7707212489984(8020) 000001477599290 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 3 9 0 4 9 2 9 4 | 2 | 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 | 39049294 | 1 9 9 8 0 3 1 9 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| BERMUDEZ | IBAÑEZ | LUZ | MERY |

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: MZ 23 CA 11 BRR BOLIVARIANA

42. Correo electrónico: luzb-i@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 2 5 6 9 0 0 8 8 | 3 1 7 3 2 8 2 8 1 6 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 1 1 | 2 0 2 1 0 8 0 6 | | | | | | 5 1 3 2 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

20- Obtención NIT

### Usuarios 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 09 - 17 / 09 : 48: 19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BERMUDEZ IBAÑEZ LUZ MERY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-12-2023 03:06:01PM

Libertad y Orden

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 |
|---|---|---|
| Bermudez | Ibañez | Luz Mery |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 39049294 | F ⊗ M ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 27 MES 01 AÑO 1980 | MZ 23 Casa 11 Bolivariana casa bolivariana | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | CIÉNAGA | TELÉFONO | | EMAIL | bermudezluz72@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 1997 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 7 | X | | ENFERMERIA | 11 | 2012 | 35553 |

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4209600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 24 | *Mes* | 11 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE | *DEPENDENCIA*<br>4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 N 2 49 calle 14 #2 - 49 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4209600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 27 | *Mes* | 07 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE | *DEPENDENCIA*<br>4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14N NORTE 2N 49 NORTE calle 14 #2-49 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4209600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 03 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 05 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>EENFERMERA JEFE | *DEPENDENCIA*<br>4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 15 15 97 AV DEL RIO CON AV FERROCARRIL | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4209600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 10 | *Año* 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 26A 12 110 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4209600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 28 | *Mes* | 01 | *Año* 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>- CALLE 26 A #12 110 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4209600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 22 | *Mes* | 10 | *Año* | 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 26A 12 110 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ASOCIACION NACIONAL DE EMPREDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA "ASONESHCA" | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4209600 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2020 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 9 19 42 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ASOCIACION NACIONAL DE EMPRENDIMIENTO SOCIAL Y CUALTURAL DE COLOMBIA - ASONESHCA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3023696853 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2019 | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>REQUIERE CORRECION | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 3 No. 3 - 52 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>TECNOFUTURO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3023696853 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 22 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | *Día* | 20 | *Mes* | 12 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>DOCENTE TECNICO PROFESIONAL O | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ASOCIACION DE EMPRENDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA ASONESHCA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3135313465 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2018 | *Día* | 30 | *Mes* | 10 | *Año* | 2018 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE APOYO EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE CLINICA CIENAGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>CIÉNAGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3016955673 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 01 | *Año* 2018 | *Día* | 16 | *Mes* | 05 | *Año* | 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERO | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 57 73 44 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>SOACHA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3016955673 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 09 | *Año* 2017 | *Día* | 30 | *Mes* | 10 | *Año* | 2017 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERO | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Clalle 13 No. 10-48 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>"FUNDEPALMA" | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>54311548 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* 2016 | *Día* | 07 | *Mes* | 09 | *Año* | 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 1 22 58 bahia centro | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3174406326 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 25 | *Mes* | 03 | *Año* 2015 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2015 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA EN SALUD Y NUTRICION | *DEPENDENCIA*<br>SALUD Y NUTRICION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 22 143 11 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA | | | *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* | 22 | *Mes* | 11 | *Año* 2013 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2014 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE | *DEPENDENCIA*<br>URGENCIAS Y HOSPITALIZACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 1 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1 | 11 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 6 | 2 |

## 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, Enero 2024

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

CIL

Corporación Internacional Líderes - ONG

Hace constar que

# LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ

C.C.39.049.294

Cursó y aprobó todos los estudios correspondientes al

DIPLOMADO

## SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Con una intensidad de ciento veinte (120) horas

**Se expide la presente Constancia según Decreto 4904 del 16 de diciembre de 2009 del Ministerio de Educación Nacional**

**en la ciudad de Santa Marta a los 17 días del mes de Mayo del año 2015**

**Luis Carlos Prada Prada**
Director Corporación Internacional Líderes ONG

**Wilfred Vilardy Naggles, PhD**
Coordinador Académico

Para su validez puede solicitar información a través del tel. (035) 6473781 Cartagena - E-mail: cilcartagena3@gmail.com o al celular 3017675966

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

En atención a que

## LUZ MERY BERMÚDEZ IBAÑEZ

con cédula de ciudadanía No. 39.049.294 de Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

## ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en Santa Marta el día 14 de Diciembre de 2012

Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Ruiz J
Secretario(a) General

135 Libro de Registros No. 6 Registro No. 7740 Refrendado en Santa Marta el día 14 de Diciembre de 2012

as Esmeralda Goes Vargas

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. 36

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA: 14 DE DICIEMBRE DE 2012

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ
con cédula de ciudadanía No 39.049.294 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 19 en sesión del día 20 de noviembre de 2012

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede, Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede OMAR VARGAS VARGAS

Decano(a) Facultad MONICA CABALLERO ZAMBRANO

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 14 DE DICIEMBRE DE 2012

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

THOMAS GREG & SONS.

La República de Colombia

y en su nombre el

# El Instituto Nacional de Educación Media Diversificada INEM

# Simón Bolívar de Santa Marta

Creado por Decreto No. 1962 del 20 de noviembre de 1969 y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Decreto No. 1085 del 8 de junio de 1971, Resoluciones Nos. 130 del 23 de enero de 1978 y 17486 del 7 de noviembre de 1984,

Confiere a

## Luz Mery Bermúdez Ibáñez

Identificado(a) con T.I. No. 06670 Expedida en Santa Marta

El Título de

# Bachiller Comercial

## Modalidad Secretariado y Auxiliar Contable

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral propuestos para el nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Instituto.

Rector

Secretario

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 3 Folio No. 134 Diploma No. 114

Dado en Santa Marta, a 12 de Dic de 1997

FASE DIECISEIS

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

**INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA**
**INEM SIMON BOLIVAR**
**BARRIO MAMATOCO. PARQUE LOS TRUPILLOS**
**TEL. 237026**
**SANTA MARTA MAGDALENA**

**Inscripción S.E. 100246** **Inscripción DANE 147001-02867**

En la ciudad de Santa Marta a los doce días del mes de Diciembre de 1997 se reunieron,con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Subdirectora Administrativa en la Rectoría del INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA INEM SIMON BOLIVAR de SANTA MARTA,institución creada por Decreto No.1962 del 20 de Noviembre de 1969 en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en las áreas de Académica,Comercial,Industrial,Promoción a la Comunidad y Agropecuaria, según Decreto 1085 del 8 de junio de 1971 y Resoluciones Nos. 11234 del 6 de Diciembre de 1976, 130 del 23 de Enero de 1978 y 17486 del 7 de Noviembre de 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 COMERCIAL
MODALIDAD
SECRETARIADO Y AUXILIAR CONTABLE

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

BERMUDEZ IBAÑEZ LUZ MERY

Documento de Identidad 06670 de SANTA MARTA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 21 del 12 de Diciembre de 1997 que consta de 359 alumnos que comienza con el nombre de Luis Adolfo Afanador Hernández y cierra con el nombre de Maribel Vergara Montes. Firmada y sellada por Jorge Smith Motta (Rector) y Sara Cerpa Barros (Subdirectora administrativa).

Dada en Santa Marta a los doce (12) dias del mes de Diciembre de 1997.

Firmamos y sellamos:

JORGE SMITH MOTTA
Rector
C.C.12.533.077 Sta. Marta

SARA CERPA BARROS
Subdirectora Administrativa
C.C.22.420.639 B/quilla

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 39.049.294, 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".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dos (26) día del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

**EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

***GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA***
***SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD***
***DESARROLLO DE SERVICIOS***

**RESOLUCION No. 47** 1307
"Por la cual se registra un título"

**LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) señor (a) **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **39.049.294** expedida en Santa Marta, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **ENFERMERA**, que le otorgó **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** de Santa Marta, según Acta Individual de Graduación No. 36 del día 14 de Diciembre de 2012, Diploma anotado al Folio No. 135 del Libro de Registros No. 6.

Que **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio, realizado en la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el día 25 de Enero de 2.013, dando cumplimiento a la Resolución No. 274 del 9 de Diciembre de 2011, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que una vez realizado el sorteo, **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ**, no salió favorecido (a), quedando exonerado (a) de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Autorizar a **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **39.049.294** expedida en Santa Marta, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el Título o Certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 25 FEB 2013

Zandra Castañeda Lopez
**ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ**
Secretaria Seccional de Salud de Magdalena

Proyectado y Revisado por: Piedad De la Hoz Orozco – Profesional Universitario.

***RESPETO POR EL MAGDALENA***

1293

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA**
**Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC**



**NOMBRES** LUZ MERY
**APELLIDOS** BERMUDEZ IBAÑEZ
**C.C.** 39.049.294 SANTA MARTA
**UNIVERSIDAD** COOPERATIVA DE COLOMBIA
**RUN No.** 35663
**Fecha de Expedición** 24/JULIO/2013

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

# 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 *

39049294

Primer Nombre

luz

Primer Apellido

bermudez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2911

Limpiar

**Resultado General -2023-12-30→11:13:15 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Det |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 39049294 | LUZ | MERY | BERMUDEZ | IBAÑEZ | 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) LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ identificado(a) con CC 39049294 registra La siguiente información:**

**2023-12-30→11:13:15 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2013-07-24 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |
| UNV | Local | Enfermería | 2013-02-25 | 1307 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2003-02-14 | 98 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL |



Oficina de Admisiones y Registro Académico

DIPLOMADO
**Cuidado de Enfermería**
**en Salud Sexual y Reproductiva**
DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS

El Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- Colombia y
la Universidad de Caldas

## CERTIFICAN QUE:

# *Luz Mery Bermudez Ibañez*

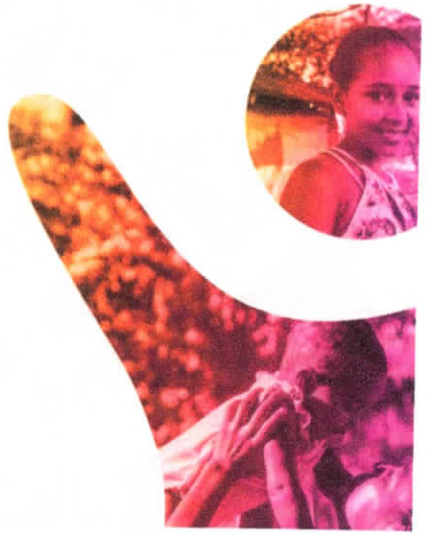
Con documento de identificación número 39049294

Cursó y aprobó el diplomado virtual: "Cuidado de Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva, desde un enfoque de derechos", diseñado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA - Colombia y ACOFAEN, en alianza con Telesalud, financiado por Johnson & Johnson Foundation, entre el 18 de julio y 26 de septiembre de 2022 con una intensidad de 128 horas.

Aida Verónica Simán
Representante
UNFPA Colombia

Paula Marcela Restrepo López
Jefe de Oficina de Admisiones y Registro Académico
Universidad de Caldas

Claudia Patricia Jaramillo Ángel
Decana
Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas



DISEÑADO POR

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

ACOFAEN

EN ALIANZA CON

Telesalud
Universidad de Caldas

FINANCIADO POR

Johnson & Johnson
FOUNDATION

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*

# *Luz Mery Bermudez Ibáñez*

## *CC 39049294 de Santa Marta - Magdalena*

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

Fecha de emisión: 2022-12-28
Fecha de vencimiento: 2024-12-28

FUNDACIONNUESTRA 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. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Luz Mery Bermudez Ibáñez*

## *CC 39049294 de Santa Marta - Magdalena*

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.

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

Fecha de emisión: 2024-01-17
Fecha de vencimiento: 2026-01-17

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. 901544869-6*

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

# *Certifica*

# *Luz Mery Bermudez Ibáñez*

## *CC 39049294 de Santa Marta - Magdalena*

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.

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

Fecha de emisión: 2024-01-15
Fecha de vencimiento: 2026-01-15

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

## CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 19/04/2022
Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENAEmpresa: ALCALDIA DISTRITAL SANTA MARTA
NIT: 891.780.009-4
Nombres y Apellidos: LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZCC: 39.049.294 Sexo: F Edad: 42 AÑOS
Labor a Desempeñar: ENFERMERA

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministeriode Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente. Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

| **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR** |
|---|
| ***Recomendaciones y/o restricciones:***<br>o PAUSAS ACTIVAS<br>o USO DE EPP<br>o HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE<br>o EXTREMAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE LA PANDEMIA COVID-19 |

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador 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
**No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguínea, ni molecular, test rápido)**

**NOTA:** ANTE LA PANDEMIA COVID-19 QUE SE VIVE A NIVEL MUNDIAL LAS ACTIVIDADES SE ESTAN REALIZANDO DE FORMA VIRTUAL, LAS ENTREGAS DE LOS ALIMENTOS SON RECOGIDAS UNA VEZ AL MES POR LOS FAMILIARES DE LOS NIÑOS. LO QUE PERMITE CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DECRETOS DE BIOSEGURIDAD EXPEDIDAS POR MINSALUD, OMS Y ACIN.

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM 0556 S.S.M - LIC 1301

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

| ALCALDÍA DE SANTA MARTA<br>Distrito Turístico, Cultural e Histórico | FORMATO DE INFORME DE ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Código:<br>MA-GCO-F-004 |
|---|---|---|
| | EJECUCIÓN, LIQUIDACIÓN Y CIERRE DEL PROCESOS DE CONTRATACIÓN | Versión: 1 |
| | GESTIÓN CONTRACTUAL | Página 1 de 1 |

| ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
|---|---|
| **Contrato N°** | **1858 DE 2023** |
| **Nombre del Contratante** | **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA** |
| **Nombre del Contratista** | **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** |
| **N° de identificación del Contratista** | **39.049.294 de Santa Marta. Mag. -** |
| **Objeto del Contrato** | **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.** |
| **Valor del Contrato** | **SIETE MILLONES DE PESOS M.L. ($14.000.000,oo)** |
| **N° CDP** | **1378 DEL 14 DE JULIO DE 2023** |
| **N° CRP** | **3398 DEL 24 DE NOVIEMBRE DE 2023** |
| **Plazo del Contrato** | **HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023** |
| **Supervisor del Contrato** | **JORGE BERNAL CONDE** |

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** identificado (a) con C.C. **39.049.294** expedida en **Santa Marta**, en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de diciembre del año **2023.**

**JORGE BERNAL CONDE**
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

**LUZ MERY BERUDEZ IBAÑEZ**
Contratista

***Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.***

| ACTA DE FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
|---|---|
| **Contrato N°** | **1450 DE 2023** |
| **Nombre del Contratante** | **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA** |
| **Nombre del Contratista** | **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** |
| **N° de identificación** | **39.049.294 de Santa Marta - Magdalena** |
| **Objeto del Contrato** | **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023.** |
| **Valor del Contrato** | **CATORCE MILLONES DE PESOS M.L. ($14.000.000,oo)** |
| **N° CDP** | **1378 DEL 14 DE JULIO DE 2023** |
| **N° CRP** | **2322 DEL 27 DE JULIO DE 2023** |
| **Plazo del Contrato** | **HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2023** |
| **Supervisor del Contrato** | **JORGE BERNAL CONDE** |

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **ALCALDÍA DISTRITAL DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como CONTRATANTE, y por la otra, **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ, identificado (a) con C.C. No. 39.049.294** expedida en la Ciudad de Santa Marta, en calidad de CONTRATISTA, con el fin de **DAR POR TERMINADO** a la ejecución del referido Contrato.

Por lo que, con la firma de este documento, estoy manifestando que he sido notificado de mi labor de Supervisor, que conozco mis obligaciones, las cuales están descritas en el citado Contrato y que este da inicio, al cumplirse los requisitos de ejecución, señalados en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, a los **31** días del mes de octubre del año 2023.

**JORGE BERNAL CONDE**
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

**LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ**
Contratista

***Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.***

| ACTA FINAL PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
|---|---|
| Contrato N° | 647 DE 2023 |
| Nombre del Contratante | DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA |
| Nombre del Contratista | LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ |
| N° de identificación del Contratista | 39.049.294 de Santa Marta. Mag. - |
| Objeto del Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2023. |
| Valor del Contrato | DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($10.500.000,oo) |
| N° CDP | 441 DEL 14 DE FEBRERO DE 2023 |
| N° CRP | 837 DEL 23 DE MARZO DE 2023 |
| Plazo del Contrato | HASTA EL 31 DE MAYO DE 2023 |
| Supervisor del Contrato | JORGE BERNAL CONDE |

En la ciudad de Santa Marta, se reunieron los suscritos, a saber: **JORGE BERNAL CONDE** con C.C. **N° 93.354.749** expedida en Ibagué (Tolima), en su condición de **SECRETARIO DE SALUD DEL DISTRITO**, nombrado mediante **Decreto N° 271 del 04 de octubre de 2022** y Supervisor del contrato en mención, en nombre y en representación de la **DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA**, identificada con NIT N°: 891.780.009-4, de una parte como **CONTRATANTE**, y por la otra, **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** identificado (a) con C.C. **39.049.294** expedida en **Santa Marta** en calidad de **CONTRATISTA**, con el fin de **DAR POR TERMINADA** la ejecución del referido Contrato.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, el 31 de **MAYO** de **2023**

**JORGE BERNAL CONDE**
Secretario de Salud Distrital
Supervisor

**LUZ MERY BERUDEZ IBAÑEZ**
Contratista

*Este Formato no podrá ser alterado o modificado sin previa autorización de la Oficina de Sistemas Integrados de Gestión.*

# CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

| | |
|---|---|
| CONTRATO N°: | 1417-2022 |
| TIPO DE CONTRATO: | Prestación de servicios |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD. VIGENCIA 2022. |
| VALOR TOTAL: | $9.000.000 |
| FECHA DE INICIO: | 04 de octubre de 2022 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 31 de diciembre de 2022 |
| EJECUCIÓN: | SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato |

*NOTA: La presente certificación es exclusiva de la vinculación entre el peticionario y la Alcaldía Distrital de Santa Marta, a través de contratos de prestación de servicios; así mismo se manifiesta que la información suministrada fue obtenida de los archivos físicos y digitales que reposan en la Dirección de contratación Distrital.*

En constancia a lo anterior, se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los diez (10) días del mes de febrero de 2023.

Aprobó:

**GREYS ÁVILA CAMPO**
Directora de Contratación Distrital

Proyectó:
M.A.P.
Dirección de Contratación

# CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL

LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN DEL DISTRITO DE SANTA MARTA
En uso de sus facultades

CERTIFICA QUE:

LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ, con cedula de ciudadanía número 39049294, suscribió con la Alcaldía Distrital de Santa Marta los contratos que se relacionas a continuación:

| | |
|---|---|
| CONTRATO N°: | 1855-2021 |
| TIPO DE CONTRATO: | Prestación de servicios |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2021. |
| VALOR TOTAL: | $8.400.000 |
| FECHA DE INICIO: | 22 de octubre de 2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 31 de diciembre de 2021 |
| EJECUCIÓN: | SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato |

| | |
|---|---|
| CONTRATO N°: | 367-2022 |
| TIPO DE CONTRATO: | Prestación de servicios |
| OBJETO: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ASISTENCIAS TECNICAS Y CALIDAD DEL DATO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI, DE LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DENTRO DE LA GESTION DE LA SALUD PUBLICA, GESTION PROGRAMATICA DE LA SALUD PUBLICA, DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD, VIGENCIA 2022. |
| VALOR TOTAL: | $18.000.000 |
| FECHA DE INICIO: | 28 de enero de 2022 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 30 de junio de 2022 |
| EJECUCIÓN: | SATISFACTORIO, según lo indicado por el supervisor del contrato |

ASONESHCA

**ASOCIACION NACIONAL DE EMPRENDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA "ASONESHCA"**
**NIT 825.001.418-2**

**A QUIEN INTERESE:**

La suscrita representante legal de la Entidad Administradora de Servicios ***ASOCIACION NACIONAL DE EMPREDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA "ASONESHCA"*** certifica que el (la) Señor(a): **Luz Mery Bermúdez Ibáñez** Identificado (a) con C.C. No 39049294 Expedida en Santa Marta se vinculó (a) en esta empresa mediante contrato de prestación de servicios desde (01) de Marzo del 2020 hasta el 31 de Diciembre del 2020 desempeñando el cargo de **PROFESIONAL DE APOYO EN SALUD Y NUTRICION PERFIL 2** con un salario de **UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS UN PESO M/L ($1.632.301)** en desarrollo de la Atencion Integral a la Primera Infancia en el marco de la Estrategia "De Cero a Siempre" del ICBF.

La presente certificación se expide a los 30 (Treinta) dias del mes de Diciembre del 2020.

**RITA LUCIA MOVIL PADILLA**
Representante Legal

# ASONESHCA

ASOCIACION NACIONAL DE EMPRENDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA

"ASONESHCA"

NIT 825.001.418-2

A QUIEN INTERESE

La suscrita representante legal de la Entidad Administradora de Servicios *ASOCIACION NACIONAL DE EMPREDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA "ASONESHCA"* certifica que la señor (a) LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ identificado (a) con Cedula de Ciudadania 39.049.294 expedida en Santa Marta se encuentra vinculado (a) en esta empresa mediante contrato de prestacion de servicios desde (01) de Febrero del 2019. hasta. El 15 de diciembre de 2019, desempeñando el cargo de APOYO EN SALUD Y NUTRICION PERFIL 2 con un salario de ($1.566.602) UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y SEISMIL SEISIENTOS DOS PESOS M/L en desarrollo de la Atención Integral a la Primera Infancia en el marco de la Estrategia "De Cero a Siempre" del ICBF

La presente certificación se expide a los 15 dias del mes de diciembre 2019

RITA LUCIA MOVIL PADILLA
Representante Legal



# "TECNOFUTURO"

**INSTITUTO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

RESOLUCIÓN 0981 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2005 DE LA SECRETARIA
DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE SANTA MARTA

*Email:tecnofuturoeu1@hotmail.com*
*N.I.T: 0900046749-0*

EL SUCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE TECNOFUTURO

A QUIEN LE INTERESE

Hacemos contar que la señora **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ,** identificada con cedula de ciudadanía **N° 39.049.294** expedida en Santa Marta, laboro en esta Institución con un contrato de prestación de servicio desde **Enero 22 del 2019** hasta el **20 de Diciembre del 2019,** desempeñando un cargo de **Docente** en el área de Farmacologia.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Santa Marta, a los 19 días del mes de enero del 2020.

Atentamente

"TECNOFUTURO" E.U.
NIT 0900046749-0
RECTOR

LILIANA DEL SOCORRO BOTINA
REPRESENTANTE LEGAL

# ASONESHCA

ASOCIACION NACIONAL DE EMPRENDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA

**A QUIEN INTERESE:**

La suscrita representante legal de la Entidad Administradora de Servicios ***ASOCIACION NACIONAL DE EMPREDIMIENTO SOCIAL Y CULTURAL DE COLOMBIA "ASONESHCA"*** certifica que la señora **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ,** identificada con cédula de 39.049.294 expedida en Santa Marta, laboro en esta empresa mediante contrato de prestación de servicios desde el primero (01) de Abril del 2018 hasta el treinta (30) de Octubre del 2018, desempeñando el cargo de **APOYO EN SALUD Y NUTRICION**, con un salario de **($1.796.100) UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS M/L** en desarrollo de la Atención Integral a la Primera Infancia en el marco de la Estrategia "De Cero a Siempre" del ICBF.

La presente certificación se entrega en el distrito de Santa Marta a los veinte (20) días del mes de Octubre.

**RITA LUCIA MOVIL PADILLA**
Representante Legal

Dirección: Calle 9 N° 19-42 Barrio Los Almendros
E-mail: asoneshca@gmail.com Teléfonos: 4307804 - 313 531 3463

Su Aliado Laboral S.A.S

Nit 900.507.099-0

**A QUIEN INTERESE**

Hacemos constar que el(a) señor(a) **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **N° 39.049.294** labora en esta empresa con un contrato individual de trabajo por el término que duró la obra o labor determinada en nuestra empresa cliente **ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A.CLINICA DE CIENAGA** Como trabajador(a) en misión desde el 07 de enero del 2018 hasta la fecha.

Devengo un salario básico mensual: **$1.249.694.oo**

Desempeñó el cargo de: **ENFERMERA JEFE.**

Se expide la siguiente certificación el 16 de mayo del 2018.

Atentamente,

**MONICA CAMPO PALMA**
Representante Legal

**LA COORDINADORA NACIONAL DE PROYECTOS**
**DE SET LABORAL S.A.S**
**NIT 900 253 063 – 4**
**TEL .7324688**

**CERTIFICA**

Que el (la) señor(a) **BERMUDEZ IBAÑEZ LUZ MERY** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **39049294,** estuvo vinculado(a) desde el **26 DE SEPTIEMBRE DE 2017** hasta el día **30 DE OCTUBRE DE 2017**, con el Cargo de **JEFE DE ENFERMERIA,** en el **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS,** a través de contrato por obra o labor.

Se expide en Bogotá D.C. a la solicitud del interesado, el día **31 DE OCTUBRE DE 2017.**

Atentamente;

set laboral sas
Nit. 900.253.063-4

**AURA MARIA GOMEZ SUAREZ**
**Coordinadora Nacional Proyectos**

Fundepalma

*Sembramos Progreso Social*

NIT. 819.005.289-5

CERTIFICACION

La Coordinadora administrativa y de talento humano de la Fundación para el Desarrollo de las Zonas Palmeras de Colombia – Fundepalma

Certifica que la señora **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ**, Identificada con la cedula de ciudadania No. **39.049.294**, presto un servicio en esta empresa en condición de contratista como **APOYO PSICOSOCIAL** en el programa de Atención Integral a la Primera Infancia Modalidad Familiar convenio de Aporte 194, desde el 01 de abril de 2016 hasta el 07 de septiembre de 2016, desempeñando las siguientes actividades:

- Apoyar el diseño y aplicación de valoración cualitativa del desarrollo de los niños y niñas
- Detención temprana de atrasos en el desarrollo y diseño de estrategias de apoyo para trabajar con niños y sus familias
- Apoyar el diseño e implementación de proyectos pedagógicos que respondan a una educación inclusiva y pertinente
- Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación del proceso
- Dar apoyo a las y los agentes para el diseño de estrategias pedagógicas acordes con la caracterización de los niños, sus familias y entornos comunitarios
- Apoyar la construcción y aplicación del plan de formación de las familias
- Innovar estrategias permanentes para mantener la motivación, alegría y amor por la institución o modalidad de atención integral.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado, con destino a quien interese, en Santa Marta a los cinco (5) días del mes de Abril del años dos mil diecisiete (2017)

MERCEDES SANTRICH MANJARRES
COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CORPORACIÓN
INFANCIA Y DESARROLLO
Nit: 830.082.544-7

**LA CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO**
**CERTIFICA**

Que **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ** identificado(a) con la cedula de ciudadanía N° 39,049,294 expedida en la ciudad de SANTA MARTA estuvo vinculado(a) con la Corporación mediante contrato de prestación de servicios como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION** en el proyecto **PARA DESARROLLAR Y EJECUTAR UNA ESTRETEGIA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS AGENTES EDUCADORES QUE DESARROLLAN EL PLAN DE EDUCACION INICIAL, PARA GARANTIZAR LOS LINEAMIENTOS GENERALES EXPUESTOS EN LA ESTRATEGIA DE CERO A SIEMPRE** desde **25 de marzo de 2015** hasta **31 de diciembre de 2015** en el departamento de MAGDALENA.

En cumplimiento de sus funciones desarrollo las siguientes actividades.

- Junto con la Coordinación general, planear, organizar y ejecutar la propuesta de nutrición y salud para EAS de acuerdo a la caracterización realizada.
- Fortalecer los procesos nutricionales de las EAS, generando acciones de cualificación del talento humano desde un enfoque diferencial.
- Garantizar el informe de gestión mensual de acuerdo a formato previamente establecido.
- En coordinación con el equipo pedagógico y nutrición generar estrategias de cualificación para las EAS de acuerdo a la caracterización realizada y desde el enfoque diferencial

Se extiende la presente certificación en la ciudad de Bogotá a los 10 días del mes de marzo de 2016.

**JUAN PABLO CASTIBLANCO GONZALEZ**
Líder Proceso de Gestión Humana


Cra 22 # 143 – 11 Bogotá D.C" Teléfono: " 5202213 " 5202215 Celular: 3204952964"
www.cid.org.co" e-mail: cid@cid.org.co

TAYRONA
CLÍNICA DE FRACTURAS

Santa Marta, 4 de marzo de 2015

**EL JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA**

**CLINICA DE FRACTURAS TAYRONAS IPS S.A.S.**

**CERTIFICA:**

Que la señora **LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 39.029.294 de Santa Marta; laboró en nuestra Institución como Enfermera Jefe en las áreas de Urgencias y Hospitalización en los periodos comprendidos del 22 de noviembre de 2013 al 31 de octubre de 2014. Durante su permanencia en nuestra institución mostró ser una persona responsable, cumplidora de sus deberes.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los cuatro (04) días del mes de marzo de 2015.

**LINDA POLO GIACOMETTO**

Jefe de Recursos Humanos.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

# 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 39049294 **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 17/01/2024 04:24 PM

Código Verificación: **9VQCB4S56N**

Válida hasta: **16/04/2024**

---

**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.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Inez Helena

Apellidos: Bermudez Ibañez

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 39049294

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 01 Año 1980

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | 28/07/22 | 211VFC0132 | IPS Natal's Inactivo |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 27-01-22 | UVX21004 | Edith Rocha |
| | 2 | 27-02-22 | UVX21004 | Edith Rocha |
| | 3 | 30-08-22 | UVX21004 | Edith Rocha |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | 2024-01-17 16:40 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| LUZ | MERY | BERMUDEZ | IBAÑEZ |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 39049294 |

| 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 | $42.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $42.000.000,00 |

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 [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

SaludTotal

STAMARTA, Enero 17 de 2024

Señora:
BERMUDEZ IBAÑEZ LUZ MERY
CC. 39049294
MZ 23 CA 11BOLIVARIANA - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 10 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BERMUDEZ IBAÑEZ LUZ MERY | 39049294 | C | Abr-10-2023 | 38 | 0 | COTIZANTE | VIGENTE | | Retiro trabajo mes 1 | Ninguna |
| BOLAÑO BERMUDEZ EMELY | 1082840004 | C | Abr-10-2023 | 38 | 26 | HIJO DE 18 A 25 AÑOS | VIGENTE | | Retiro trabajo mes 1 | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ | 39049294 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| LUZ MERY BERMUDEZ IBAÑEZ | 39049294 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BERMUDEZ IBAÑEZ LUZ MERY** identificado(a) con **CC** número **39.049.294** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de junio de 2014 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de enero de 2024.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024011716321

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

| Ciudad | Oficina | 1 |
|---|---|---|
| Santa Marta | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | | | Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Jesus Alfonso Bermudez Ibañez | | | | | | | | | | | | | | M | F X |
| Tipo de Documento | | | | | | | | Número | | Expedida en | | | Fecha de Expedición | | |
| C.C. Y | C.E | T.I | R.C | PP | | | | 3004929 | | Santa Marta | | | 19-03-1998 | | |
| 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 | | |
| 27 | 01 | 80 | Aracataca | | Mz 23 casa 11 Bolivariana | | | | | Santa Marta | | | Magdalena | | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | No. Celular | | | Telefono | | |
| lumbo2701@Gmail.com | | | | | | | | | | 3225690088 | | | | | |
| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | | |
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | | | | |
| Detalle Actividad Económica | | | | | | | | | | Descripción del CIIU | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Publica | | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | |
| Dirección de empresa o negocio | | Ciudad | | | Barrio | | | No. Teléfono |
| | | | | | | | | |
| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | | | | | | SI | | NO |

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Ingresos Mensuales | | Total Egresos mensuales | |
| Otros Ingresos Mensuales | | Otros Egresos Mensuales | |
| Total Activos | | Total Pasivos | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes | Año | Es declarante? SI NO |
| Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? | | | |
| Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? | | | |
| Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: | | | |

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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



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