

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 (HUMB) 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 HUMB 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	Cédula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural - Disponible en: https://humb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://humb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla - Usuario SECOP II (Pantallazo)		
6	Propuesta de Servicios (Mes Actual)		
7	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
9	RUT - Registro Único Tributario (Año 2023)		
10	Hoja de Vida - Función pública (SIGEP II) (Actualizada Mes Actual)		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
12	Certificado de antecedentes ETICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente - Mes Actual)		
13	Convalidación de Título (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 Paciente, 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 VÍCTIMAS 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. 3, 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.und.gov.co/previa_registro_en_el_ritm.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://www2.funcionpublica.gov.co/ridc/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://humb.gov.co/gestioninstitucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.695.073
ULLOQUE BELEÑOS

APELLIDOS
DALIA ESTHER

NOMBRES
Dalia E. Ulloque

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1979
PUERTO WILCHES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

02-DIC-1998 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2100100-00166002-F-0036695073-20090803 0014363683A 1 4440103468

 Pantalla Principal

 Persona Natural

 Persona Jurídica

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36695073**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36695073	ULLOQUE	BELEÁOS	DALIA	ESTHER	2022-07-17, 1:00 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	36695073	ULLOQUE	BELEÁOS	DALIA	ESTHER	2022-12-13, 6:28 pm

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
3	36695073	ULLOQUE	BELEÁOS	DALIA	ESTHER	2023-02-09, 8:03 pm

El (la) suscrito(a) DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS identificado con C.C./C.E./P.P No. 36.695.073, 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 13 del mes de marzo de 2024.

Firma
Nombre
Cédula

Dalia Ulloque
Dalia Esther Ulloque Belenos
36695073



DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS

COLOMBIA: Santa Marta



Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Nu
DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS			

Aprobación del contrato

Aprobador - Proveedor

Aprobado por: DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS
Fecha de aprobación: 2/03/2023 8:13:44 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)

Aprobador - Entidad Estatal

Aprobado por: JOSE RAFAEL DOMÍNGUEZ AYALA
Fecha de aprobación: 2/03/2023 12:17:35 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)

Contrato firmado: COL_PCCNTR_4697638_Firmado

Contrato en ejecución: COL_PCCNTR_4697638_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso: Contratación régimen especial
Unidad de contratación: Grupo de contratación SECOP II
Proceso de Contratación: PRESTACION DE SERVICIO
Título de la oferta: N/A
Cuenta del contrato: 5.400.000.00 COP

Cancelar

Santa Marta, marzo 13 de 2024

Dr.

GERMAN GAVIRIA VARGAS

Gerente

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

La ciudad

Cordial Saludo:

A solicitud de su respetada institución, le solicito a ustedes, me permitan ingresar a prestar mis servicios en el hospital, teniendo en cuenta mis iniciativas y mis habilidades como **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, siendo una persona con preparación, conciencia y responsabilidad destinada a cumplir a cabalidad las indicaciones asignadas por mis superiores. Espero reunir el perfil para desempeñar el cargo.

Atentamente,



DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑO

C.C. N° 36.695.073

Dir. Etapa 4 torre Apto. 101 Parques de Bolívar

Correo electrónico: ulloquedalia18@hotmail.com

Cel. 300 592 8229

DIAN

Departamento Administrativo de la

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14669145188

QR Code

41317707214669145188

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 366950730

6. DV 0

12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico 19

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13

26. Número de identificación 36695073

27. Fecha expedición 19981202

28. País COLOMBIA 169

29. Departamento Magdalena 47

30. Ciudad/Municipio Santa Marta 001

31. Primer apellido ULLOQUE

32. Segundo apellido BELEÑOS

33. Primer nombre DALIA

34. Otros nombres ESTHER

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 169

39. Departamento Magdalena 47

40. Ciudad/Municipio Santa Marta 001

41. Dirección principal MZ C CA 2 URB TEJARES DEL LIBERTADOR

42. Correo electrónico ulloquedalia18@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1 3005928229

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código 8692

47. Fecha inicio actividad 20170920

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código 12

Ocupación

51. Código 5132

52. Número establecimiento

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 20

20- Otención NIT

Obligados aduaneros

54. Código 1234567891011121314151617181920212223242526

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

123

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 2019-10-26

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 ULLOQUE BELEÑOS DALIA ESTHER

985. Cargo CONTRIBUYENTE



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Ulloque	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Beleños	NOMBRES Dalia Esther	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 36695073	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 18 MES 09 AÑO 1979 PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER MUNICIPIO PUERTO WILCHES		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA MZ C CASA 2 CASA TEJARES DEL LIBERTADOR PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA MUNICIPIO SANTA MARTA TELÉFONO EMAIL ulloquedalia18@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	07	AÑO	2002	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA) ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER) DOC (DOCTORADO O PHD) RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).															
MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA							
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL							
PREGRADO	4	X				07	2016	1513							

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS					
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 469 y 443 de 1995)

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLE			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

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 HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	15	Mes	08	Año	2017	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA						DIRECCIÓN calle 23					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.		MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 4217148		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2016	Día	01	Mes	12	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA		DEPENDENCIA LABORATORIO						DIRECCIÓN CALLE 22 18 32					

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	08	Año	2016	Día	01	Mes	12	Año	2016
ÁREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD		NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	6

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 INCOMPATIBILIDAD 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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE NL: 018000517770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA



INSTITUTO NUEVA ESPERANZA

APROBADO POR RESOLUCIÓN 925 DE Noviembre 2002

Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑO

Identificado (a) con C.C.N° 36.695.073 Santa Marta

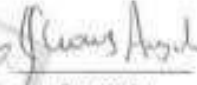
EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según el PEI vigente




Director


Secretaria

Libro No. 02 Folio No. 02 Acta No. 10

Dado en Santa Marta a los 01 días del mes de Julio de 2002



INSTITUTO NUEVA ESPERANZA
APROBADO POR RESOLUCIÓN 925 DE NOVIEMBRE 2002
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO

ACTA DE GRADO

En Santa Marta a los 01 días del mes de Julio del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar el acto de Clausura de los alumnos que terminaron en la modalidad de Bachiller Académico.

El suscrito Rector (a) LEISBY PÉREZ CASTELLÓN, la secretaria ILEANIS ANGULO AREVALO
Instituto Nueva Esperanza

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría Distrital para otorgar Certificaciones de Bachiller en la modalidad de Bachiller Académico según resolución número 925 de noviembre de 2002 comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Cuyo número de orden, nombre, apellido y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

No	Nombre
10	DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑO

Documento de identidad: C.C. o T.I. N° 36.695.073 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del acta original No 10 de fecha Julio 01 de 2002

Consta de 6 alumnos graduados, comienza con el nombre de **RAFAEL IGNACIO BERMUDEZ SANTIAGO** y se cierra con el nombre **DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑO**.

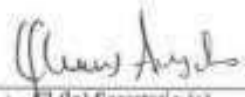
Firmado y sellado por LEISHY PEREZ CASTELLON (Rector) y ILEANIS ANGULO AREVALO Secretaria.

Dado en Santa Marta a los 01 días del mes de Julio de 2002

En constancia se firma, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7° del decreto de 1981.

Firmado y sellado


El (la) Rector (a) o Director (a)
LEISBY PEREZ CASTELLON


El (la) Secretario (a)
ILEANIS ANGULO AREVALO



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE



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

CETECOS

Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

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

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

Auxiliar en Enfermería

A:

DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS

Documento de Identidad: 36.695.073 de Santa Marta (Magd.)

Por haber cursado y aprobado el programa de: Auxiliar en Enfermería
con una intensidad total de 1800 horas.

Dado en Santa Marta a los 22 días del mes de Julio de 2016

Juanados Peña
DIRECTOR

Aracely G.
SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 032 Registro 1179 del Libro de Actos 003

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS,
OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 1179

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 3:00 p.m. del día 22 de Julio de 2016, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS

Doc. Identidad: 36.695.073, Expedido en: Santa Marta (Magd.)

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

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

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 052 del Libro de Actas No. 003.


DIRECTOR ACADEMICO
ALEX DIAZ GRANADOS PEREA


SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ



GOBERNACION DEL MAGDALENA
Secretaría Seccional de Salud

RESOLUCION No. 47 **15 13**
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de
Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 36.695.073, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS**, otorgado por **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS**, con Acta de Certificados No. 1179 del 22 de Julio de 2016.

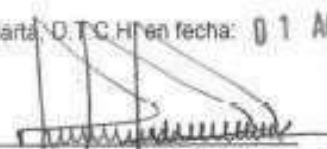
Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.36.695.073, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: **01 AGO 2016**


MANUEL NAVARRO RADA

Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Xiomara Vesgo, S.
Revisó: Piedad De la Raza Orrego.

Magdalena Social Es La Vía
despacho@magdalena.gov.co - secretariadesalud@magdalena.gov.co
Carrera 1C N° 15-16 - Calle 23 N° 13ª - 02
Teléfono: 57 54 211356 - 54319542

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

36695073

Primer Nombre

DALIA

Primer Apellido

ULLOQUE

Confirme los números de la Imagen *

2703

Cambiar

4556

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-03-13→9:19:10 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	36695073	DALIA	ESTHER	ULLOQUE	BELEÑOS	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) DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS identificado(a) con CC 36695073 registra La siguiente información:

2024-03-13→9:19:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-08-01	1513	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

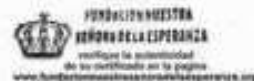


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Dalia Esther Ulloque Beleños
CC 36695073 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: 2022-12-12
Fecha de vencimiento: 2024-12-12

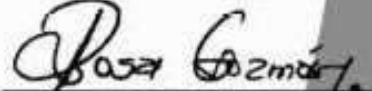




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



NIT. 901544869-6



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

Certifica
Dalia Esther Ulloque Beleños
CC 36695073 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-09-05

Fecha de vencimiento: 2025-09-05



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

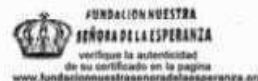


Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Dalia Esther Ulloque Beleños
CC 36695073 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: 2022-12-10
Fecha de vencimiento: 2024-12-10

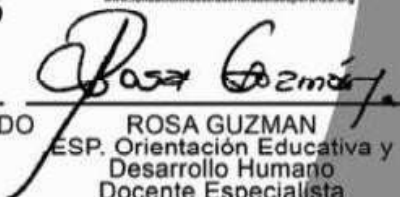




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
EP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica
Dalia Esther Ulloque Beleños
CC 36695073 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: 2022-12-08
Fecha de vencimiento: 2024-12-08


FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
Verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 11/103/24

Ciudad: Santa Marta, Magdalena

Empresa: **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**

Nombres y Apellidos: **Dalia Esther Ulloque Beleños**

Cedula de Ciudadanía: 36695073

Sexo: F

Edad: 44 años

Labor a Desempeñar: **Auxiliar de Enfermería**

- Principales Tareas: realizar el cuidado y la atención directa a los pacientes. registrar signos vitales, toma de pruebas diagnósticas, otros asignados y otras asignadas por la Dirección.

Celular: 3005928229

Correo: ulloquedalia18@hotmail.com



Examen Medico Ocupacional:

- **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- **Valoración y Estimación Visual y Auditiva:** en Rango Normalidad
- **Aptitud al desempeño Laboral:** Positiva

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

Previo entrega datos clínicos, comunicación y examen Médico normal, se hacen reinducción en la importancia del uso de Elementos de Protección Personal, según los factores biomecánicos, psicolaborales, Bioseguridad y otros implícitos en el programa de SG-SST, Acatando las medidas frente a los Factores de Riesgos Biológicos y ante las emergencias sanitarias como Covid-19, Otros Virus y Bacterias.

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- Pausas Activas
- Uso de EPP
- 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 declarado 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.

Santander Marquez Bustamante
Santander Marquez

SANTANDER MARQUEZ
Médico Esp SG-SST
R.M 0556 S.S.M -Lic. S.O. 1301 S.S.M



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		4700101639 - SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE			
Código y Nombre de la Sede		470010163901-Santander Antonio Marquez Bustamante			
Departamento	Distrito: SANTA MARTA	Municipio	Distrito: SANTA MARTA	Dirección	Carrera 24 # 19 - 07 - Barrio: Libertador .
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0343086**

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHSS0343086

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta - Dirección: AVENIDA LIBERTADOR N° 25-55 - Teléfono(s): 4209632 - 4209600 EXT 1415 4209600 EXT 1415 - Correo Electronico: saluddistrital@santamarta.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: martes 08 de febrero de 2022 (8:10 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2018 y la Resolución 3100 de 2018, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Código Interno Minsalud_P8:140039100

Versión 3.0.

**EL SUSCRITO 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 **DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **36.695.073** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"**, los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **1677** de fecha 15 de Agosto de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 15 de Agosto hasta el 31 de Agosto de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000).
2. No. **2239** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Septiembre hasta el 30 de Septiembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000)
3. No. **2968** de fecha 09 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del día 09 de Octubre hasta el 30 de Noviembre de 2017, por un valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$2.400.000).
4. **ADICION Y PRORROGA NO 001** de fecha 29 de noviembre de 2017 a la orden No. **2968** por plazo de ejecución contando a partir del 01 al 31 de diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000).
5. No. **167** de fecha 04 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 04 de Enero hasta el 30 de Junio de 2018, por un valor de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$7.200.000).
6. No. **1115** de fecha 03 de Julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 03 de Julio hasta el 30 de Septiembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).
7. No. **2243** de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Octubre hasta el 31 de Diciembre de 2018, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).
8. No. **679** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Enero hasta el 30 de Junio de 2019, por un valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS (\$7.632.000).
9. No. **1797** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Julio hasta el 31 de Octubre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS (\$5.088.000).
10. No. **2010** de fecha 01 de Noviembre de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS (\$2.544.000).

- 11.No. **504** de fecha 02 de Enero de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de CINCO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS (\$5.088.000).
- 12.No. **1109** de fecha 01 de Mayo de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2020, por un valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS (\$2.544.000).
- 13.No. **2144** de fecha 01 de julio de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2020, por un valor CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000).
- 14.No. **3344** de fecha 04 de diciembre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de diciembre al 31 de diciembre 2020, por un valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS (\$1.500.000).
- 15.No. **329** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000).
- 16.No. **1417** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000).
- 17.No. **2228** de fecha 01 de Julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 30 de septiembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000).
- 18.No. **3663** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre 2021, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000).
- 19.No. **206** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2022, por un valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000).
- 20.No. **1566** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000).
- 21.No. **CD20223168** de fecha 02 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de NUEVE MILLONES DE PESOS (\$9.000.000).
- 22.No. **CD20230665** de fecha 02 de Enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Enero al 28 de febrero 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).
- 23.No. **CD20231218** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$5.400.000).
- 24.**ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio No. **CD20231218**, con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000).
- 25.No. **CD20233000** de fecha 11 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de julio al 31 de julio de 2023, por un valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000).
- 26.No. **CD20233107** de fecha 01 de agosto de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de agosto al 30 de septiembre de 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).

27.No. **CD20233514** fecha 01 de octubre 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 de octubre al 31 de octubre de 2023, por un valor de UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000).

28.No. **CD20234421** fecha 01 de noviembre 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de noviembre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$3.600.000).

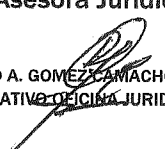
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud del interesado, a los veinte (20) días del mes de diciembre de 2023.



JARID YESID THOMAS PADILLA.

Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.



ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO.
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.



LABORATORIO CLINICO
MABEL OTERO. NIT: 36543739-5
Universidad METROPOLITANA DE BARRANQUILLA
Calle 22 Nº 18-32 Tel. 4217148 – Cel. 3162723497
Santa Marta – Magdalena

Santa Marta 28 marzo 2017

LA SUSCRITA GERENTE – REPRESENTANTE LEGAL

A SOLICITUD DE LA PARTE INTERESADA

HACE CONSTAR:

Que la señorita DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS, identificada con cedula de ciudadanía No 36.695.073 expedida en puerto wilches – Santander, presto sus servicios en esta empresa, desde el 1 de agosto del 2016 a 1 de diciembre de 2016 desempeñándose como auxiliar de enfermería como persona responsable, cumplidora de sus obligaciones y quien siempre se ha caracterizado por sus buenos dotes de moral y honradez.

Se extiende la presente en la ciudad de santa marta a los veintiocho (29) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017)

Atentamente,

Mabel Otero Jerónimo
C.C. 36.543.739 Santa Marta
Representante Lega

Este carné es válido en Colombia
Sólo es válido para el uso de zonas de riesgo

COLOMBIA

La falta de respeto al ordenamiento territorial de las zonas de riesgo
afecta la seguridad de las zonas urbanas.

Libertad y Orden

POR MI Y POR COLOMBIA YO ME UNICIÓN

PROSPERIDAD EN TODOS

Carné de Identificación del Área

Nombre: **JOSE LUIS GARCIA**
 Apellido: **GARCIA**
 Documento de identidad: **9.999.999.999.999**
 Fecha de expedición: **10/10/2017**

Orden	Oficio	Nombre	Apellido
1	1	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
2	2	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
3	3	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
4	4	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
5	5	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
6	6	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
7	7	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
8	8	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA

Orden	Oficio	Nombre	Apellido
1	1	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
2	2	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
3	3	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
4	4	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
5	5	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
6	6	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
7	7	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA
8	8	JOSE LUIS GARCIA	GARCIA

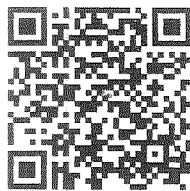
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 36695073 **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 26/01/2024 05:27 PM



Código Verificación: TLQJG934ZN

Válida hasta: 25/04/2024

Dirección de Gobierno Digital

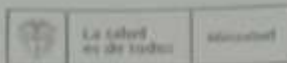
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

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 prótesis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombre: **Daira**
 Apellidos: **Ulloque Beltrán**
 Documento de identidad: **CC 471 Pasaporte No. 3669073**
 Fecha de nacimiento: **De 18 Mes 09 del 1979**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarela	Única			
Toside tetánico - Difteria (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
MOP varicela	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	14 Jul 2022	147222014	Humay Eche
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombre: **Dalia Esther**
Apellido: **Uloque Belenos**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ Otro ☐ call

Nº: **36.695073**

Fecha de nacimiento: Día **18** Mes **09** Año **1979**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	D'S vacunados	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20-02-21	Pfizer	EN1194	HUJMB	Miguel C	57170484
	2	13-03-21	Pfizer	EN1195	HUJMB	Miguel C	57170484
	Ref	14-03-21	Pfizer	ACC 5853	Sanitas	Jessica Rodriguez	100425367

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DALIA	ESTHER	ULLOQUE	BELEÑOS

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="36695073"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>
Dirección <input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>		
Cargo o función que cumple <input type="text" value="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 ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$19.500.000,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$19.500.000,00

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
APARTAMENTO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	\$80.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO HIPOTECARIO	\$70.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--



CERTIFICADO DE AFILIACION AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Dalia **Esther Ulloque Beleños** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **36695073**, está registrado(a) en el POS DEEPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	CC 36695073
NOMBRES Y APELLIDOS	Dalia Esther Ulloque Beleños
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	18/09/1979
ESTADO DE LA AFILIACION	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACION	10- Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2020
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	34 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN EL ULTIMO AÑO	34 semanas
REGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACION AL REGIMEN	01/01/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)	

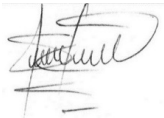
CEDULA DE CIUDADANIA 36695073 **DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS** Desde 01/07/2022 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **36695073**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2015** 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 13 de marzo de 2024.



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

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: PNCAP VERSION: 002 FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/12/2021
---	--	---

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	15/03/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: DALIA ESTHER ULLOQUE BELEÑOS										Sexo		
										M	F	X
Tipo de Documento			Número			Expedido en			Fecha de Expedición			
			30.096.073			SANTA MARTA			12/02/1995			
Estado Civil (Selección)			Nivel educativo			No. Personas a cargo			Tipo de Vivienda		Zona Ubicación	
Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ U. libre ☐ Viudo ☐			Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☒ Universidad ☐			2			Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐		Rural ☐ Urbano ☒	
Fecha nacimiento		Lugar de nacimiento		Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad		Departamento		
		PUERTO WICHES (SANTANDER)		PARQUE DE BOLIVAR ETAPA 4				SANTA MARTA		MAGDALENA		
Correo Electrónico								No. Celular		Teléfono		
ulloquedalia28@hotmail.com								3005628229				
Ocupación (Selección)			Actividad Principal CBU									
Estudiante ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Hogar ☐ Jubilado ☐			5			1 3 2						
Describe Actividad Económica				Descripción del CBU								
APOYO TERAPÉUTICO				RESPONSABILIDAD, CALIDADES Y ATRIBUTOS								

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio				Cargo	
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE		Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Otra, cual?				AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Cra. 34 No. 23-47		SANTA MARTA		ALCAZARES		606 4396007	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?						SI ☐ NO ☒	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales \$1,800,000		Total Egresos mensuales \$1,800,000	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos \$1,800,000		Total Pasivos \$1,800,000	
Mes y año de corte de la información financiera administrativa Mes Año 2022		Es declarante? SI ☐ NO ☒	

Es servidor Público? Si es servidor público declara si maneja recursos públicos y/o ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

NO

Declara que soy persona políticamente expuesta (PEPE)? NO

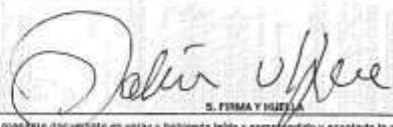
Declara que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el manejo de bienes y/o fondos para la apertura, certificación y venta de productos derivados de actividades de salud las cuales relaciono a continuación: _____ y no como propios, los depósitos que a título de garantía efectúo en favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, o a quien represente sus derechos y sobre en el futuro lo cedido de Acceptor para: 1) Verificar la información que suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, actualizar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiero ante cualquier operador. Controlar 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 mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo prescrito en la ley de bases de datos y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento e incumplimiento de mis obligaciones se reflejarán en las manifestaciones de datos en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Declamo que: 1) no consentimiento a actualizar automáticamente, 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 cancelar, 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 cualquier tipo de información personal 3) Consentir que los datos de este formulario sean utilizados de la ley de bases de datos y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.



S. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

