HUJMB
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJCU-F
VERSION: 05
FECHA DE ULTIMA REVISION: 20/03/2023
PAGINA 1 de 3

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Ebelis Pertuz cubana Identificado con Cédula No. 57443392 y Profesión auxiliar en enfermeria AUTORIZO que el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB) en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Ebelis pertuz cubana

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar **(Hombres menores de 50 años)**		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA **(CONDUCTOR DE AMBULANCIA)**		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado **(Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
12	Certificado de antecedentes **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 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 57.443.392
PERTUZ CABANA

APELLIDOS
EBELIS PATRICIA

NOMBRES
Ebelis Pertuz C.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1973
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

09-JUL-1993 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00292426-F-0057443392-20110414 0026680865A 1 36525877

Has buscado el número de identificación: **57443392**

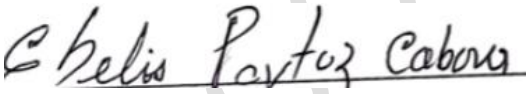
Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	57443392	PERTUZ	CABANA	EBELIS	PATRICIA	2023-06-29, 9:08 am

El(la) suscrito(a) **EBELIS PERTUZ CABANA** identificado con C.C./C.E./P.P No. 57.443.392 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 ____EBELIS PERTUZ CABANA_____
Cédula _____57.433.392_____

COPIA CONTROLADA

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario



Género	
Cargo	
Titulo	
Nombre	EBELIS PATRICIA
Apellidos	PERTUZ CABANA
Fecha de Nacimiento	13/12/1973 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
Pais	COLOMBIA
Correo electrónico	ebelispatricia1213@gmail.com
Teléfono	
Celular	3246402432
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin 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	3246402432
SMS para recuperar la contraseña	3246402432

Santa Marta, 12 de Marzo 2024

Doctor:
GERMAN VARGAS MOSQUERA
Gerente
Hospital Julio Mendez Barreneche

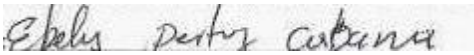
REFERENCIA: PROPUESTA DE TRABAJO

Cordial Saludo

El suscrito **EBELIS PATRIA PERTUZ CABANA** identificada con cedula de ciudadanía **No 57443392** expedida en **SANTA MARTA (MAGDALENA**) de acuerdo con los requerimientos del Hospital Julio Méndez Barreneche, me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta para ejercer mis funciones como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en esta institución.

En este orden de ideas y con el compromiso de cumplir con las obligaciones del objeto del contrato que se me adjudique, contando con tener la oportunidad que esta propuesta sea aceptada

Atentamente,



"EBELIS PATRIA PERTUZ CABANA

C.C. 57443392

Dirección: KRA 7-4-62 PESCAITO

Email: EBELISPATRICIA1213@GMAIL.COM

Cel: 3246402432

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14462659261

(415)7707212489984(8020) 000001446265926 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 7 4 4 3 3 9 2	1 9 9 3 0 7 0 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
PERTUZ	CABANA	EBELIS	PATRICIA

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: CR 7 4 62 AP 2 BRR PESCADITO

42. Correo electrónico: ebelispatricia1213@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 4 2 8 2 1 2 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 7 0 3 2 9				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 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2018 - 03 - 14

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 VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Pertuz	Cabana	Ebelis Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57443392

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 13 MES 12 AÑO 1973

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 7 4 62 PESCAITO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL ebelispatricia1213@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	11	AÑO	1993
										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	3	X		ENFERMERIA	11	1995	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	23	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA ASISTENCIAL	CARRERA 14 23 42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	10	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CARRERA 14 23 42 ALCAZARES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ASISTENCIA MEDICA DOMICILIARIA SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3182405571	*Día*	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AREA ASISTENCIAL	CARRERA 21 21 153 CC PLAZA JARDIN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PERFECT BODY MEDICAL CENTER LIMITADA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4217902	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2015	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUX DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL ENFERMERIA	CARRERA 20 15 110 EL JARDIN

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLDSALUD S.A.CLINICA MARCARIBE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4206464	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	02	*Año* 1998	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 21 18A 103					

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	2	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	3

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento **SANTA MARTA, DICIEMBRE DE 2023**

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA " CESMAG " GABRIEL ANGULO

SANTA MARTA.-

ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Santa Marta a los 30 días del mes de Noviembre del año 1.995 se reunieron, con el fín de formalizar la Certificación de los Alumnos del curso de AUXILIARES DE ENFERMERIA, los suscritos Director y Secretaria del CENTRO DE DUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA " CESMAG " GABRIEL ANGULO. Institución aprobada en el nivel vocacional y autorizada por el Ministerio de Salud Nacional para otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, según Resolución Nº 2182 de Agosto 9 de 1.968. Decreto Nº 816 de Diciembre 13 de 1.949. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyo nombre, apellidos y número de documentos se relacionan a continuación

~~EMELIS PATRICIA PERTUZ CABANA~~ de C.C. # 57.443.392 de ~~Santa Marta~~

Es fiel copia de su original, fecha Nov.30/95 que consta de 49 alumnos que comienzan con el nombre de : ELISA MERCEDES AMARANTO DIAZ y cierra con el nombre : RAFAELA WITT

firmado y sellado por JAIME A. PEREZ GRANADOS Director y MARIA TERESA MONTALVO Secretaria

Dada en Santa Marta, a los 30 días del mes de Nov. de 1.995

Firmado y Sellado

JAIME A. PEREZ GRANADOS
Director "CESMAG "

MARIA TERESA MONTALVO
Secretaria

Resultado General -2023-06-29→9:15:09 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificacion	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	57443392	EBELIS	PATRICIA	PERTUZ	CABANA	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) EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA identificado(a) con CC 57443392 registra La siguiente información:

2023-06-29→9:15:09 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Titulo	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	1996-08-27	2290	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL LICEO ANTONIO NARIÑO

SANTA MARTA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION Nº 17618 DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 1988, SECUNDARIA MEDIA VOCACIONAL

CONFIERE A

Ebelis Patricia Pertuz Cabana

IDENTIFICADO CON C C No. 57 445 392 DE Sta Mta

EL TITULO DE

BACHILLER
EN SALUD Y NUTRICION

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Sta. Mta., A 26 DE Nov. DE 1993

ANOTADO AL FOLIO 2430 LIBRO DE REGISTRO 5

Reg. No. 76226

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
DISTRITO TURÍSTICO, CULTURAL E HISTÓRICO DE SANTA MARTA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL
Institución Educativa Distrital Antonio Nariño
RECONOCIMIENTO OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN No. 00103 DE MAYO 20 DE 2004
Y 0013 DE ENERO DE 2006 y 0882 del 01 de Junio del 2018
CÓDIGO DANE 147001003926-147001000030
Nit. 819.002.493-8

Acta de Grado No. 007

En la ciudad de Santa Marta, a los 26 días del mes de Noviembre de 1993, se reunieron en la Rectoría del Plantel, el Rector y la Secretaria Académica del LICEO ANTONIO NARIÑO, con el fin de formalizar la graduación de sus Bachilleres, con fundamento normas vigentes. Comprobada la situación legal y académica de la alumno que curso y Aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, Académica y técnica se procedió a otorgar el TÍTULO de BACHILLER, en la Modalidad, SALUD Y NUTRICION a la graduada, cuyo número de orden, apellidos, nombres y números del documento de identificación se relaciona a continuación:

NÚMERO	APELLIDOS	NOMBRES
24	PERTUZ CABANA	EBELIS PATRICIA

CC 57.443.392 Santa Marta (Magdalena)

Es fiel copia tomada del Acta No. 07 de fecha Noviembre (26) del año 1993 que consta de CUARENTA Y CINCO (45) alumnos graduados, comienza con los Apellidos y Nombres de ACEVDO BARRIENTOS MARLON ANDRES y se cierra con los Apellidos y Nombres de RACINE CAMARGO ARELIS ESTER.

LA RECTORA (original Fdo.) **CARMEN CECILIA PERTUZ BOLAÑOS** *c.c. 36.531.9112 de Santa Marta.*

LA SECRETARIA (original Fdo.) **NORIS MEDINA PRADA,** *c.c. 36.551.605 Santa Marta.*

firmado en Santa Marta a los 27 días del mes de Febrero del año 2020

JOSE RAFAEL CABALLERO MIRANDA
C.C. 12.545.696 de Santa Marta
Rector

Este documento es copia fiel del original que reposa en los archivos del Colegio Firmado en Santa Marta a los 26 dias del mes de Noviembre del Año 1993.

República de Colombia
Departamento del Magdalena

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
MAGDALENA
Reconócese este Título para todos los efectos legales.
Santa Marta 27-VIII-1996
Resolución No. 2290
DIRECTOR

El Servicio Seccional de Salud del Magdalena

y en su nombre

El Centro de Educación en Salud del Magdalena

"Cesmag" Gabriel Angulo

Certifica que:

Ebelis Patricia Pertuz Cahana

Titular de la C.C. 57.443.392 expedida en SANTA MARTA

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

Auxiliar De Enfermería

Creada mediante Decreto No. 816 del 13 de Diciembre de 1.949
Aprobada mediante Resolución No. 2182 del 9 de Agosto de 1.968
Modificada mediante Ordenanza No. 020 del 23 de Diciembre de 1.992

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA DIRECTOR

Director de CESMAG

Director del Servicio Seccional de Salud del Magdalena

Universidad de Colombia
Mario Teresa Montalvo
Secretaria Académica

Santa Marta, 30 DE NOVIEMBRE 1.995

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

SERVICIO DE SALUD DEL MAGDALENA

RESOLUCION NUMERO 2290 DE 19___

"Por la cual se concede una Inscripción y Registro"

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

CONSIDERANDO:

Que EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA, identificada con la cédula de ciudadanía No.57.443.392, expedida en Santa Marta, ha solicitado el Registro e Inscripción de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA, que le otorgó EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MACDALENA "CESMAG" GABRIEL LEMOS, de Santa Marta Magdalena, el 30 de Noviembre de 1985.

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Regístrese e Inscríbase en la Oficiana de Control de Medicamentos del Servicio Seccional de Salud del Magdalena, a EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA para ejercer la Profesión de AUXILIAR DE ENFERMERIA.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE:

Dada en Santa Marta, a los 27 (illegible) 1986

COPIA ORIGINAL FIRMADO LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ

LUIS FERNANDO VANEGAS QUERUZ
Director Servisalud del Mag.

JOSE AGUSTIN RADA D.
Jefe Control Medicamentos

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 58.443.392

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 9 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

República de Colombia

La Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta

CORPORACION EDUCATIVA

CEOTES

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 782 del 24 de diciembre de 1999 y con Registro de programa según resolución No. 0858 del 09 de junio de 2011, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

RCP AVANZADO

EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA

Identificado (A) con C.C. 57.443.392

Dado en Santa Marta - Magdalena, A los 22 días del mes de diciembre del 2022.

CORPORACIÓN EDUCATIVA CEOTES

Director

Coordinador

República de Colombia

La Secretaria de Educación Distrital de Santa Marta

CORPORACION EDUCATIVA

CEOTES

Formación para el Trabajo y el desarrollo Humano Con licencia de funcionamiento según resolución No. 782 del 24 de diciembre de 1999 y con Registro de programa según resolución No. 0858 del 09 de junio de 2011, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta.

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

AIEPI

EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA

Identificado (A) con C.C. 57.443.392

Dado en Santa Marta - Magdalena, A los 22 días del mes de diciembre del 2022.

CORPORACIÓN EDUCATIVA CEOTES

Director

Coordinador

CV-202112-BL36059

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA
C.C. 57.443.392

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE β.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 10, 11 y 12 de diciembre de 2021, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **diciembre de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 58.443.392

Asistió al Curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 12 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 58.443.392

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 11 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **academico@imavss.com** O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN **321 405 9500**

CV-202102-AVAQ0032

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA
C.C. 57.443.392

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 27 de febrero de 2021, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2023**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

Laboratorio Clínico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 04/03/2021

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: Ebelis Patricia Pertuz Cabana
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Edad: 47
Estado civil: Unión Libre
Teléfono:
Nº hijos: 2
EPS: Coosalud EPS

Empresa en misión:
Identificación: CC: 57443392
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 13/12/1973
Genero: Femenino
Escolaridad: Técnica
Dirección: Magdalena, Santa marta.
ARL:
AFP: Colfondos S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. SE SUGIERE VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

NOTAS: DEBE CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE LA EMPRESA PARA PREVENIR CONTAGIOS POR COVID 19.

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

Aspirante o trabajador
Ebelis Patricia Pertuz Cabana
Identificación: CC: 57443392

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-45 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso	19 feb 2021 08:15:57 am	RESULTADOS				Software Baxlab v20191230
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1
Paciente	**PERTUZ CABANA EBELIS PATRICIA**		Sexo F	Edad 47A 2M 3D	**Nro. De Recepción**	**55208**
Identif.	CC 57443392 Teléfono			Fecha De Recepción	16 feb 2021 08:13:45 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
INMUNOLOGIA			
1. VDRL serología	No reactivo		
Fecha Reporte	16 feb 2021 08:15		
MICROBIOLOGIA			
2. Resultado de la Prueba	NEGATIVO		
Muestra Estudiada	Esputo		
Fecha Reporte	17 feb 2021 12:04 pm		

C.C. 1065582385
Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

PREVENIR I-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 16/02/2021 08:48:00

Doc. Identidad **CC 57443392** Nombre **EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA** Fecha Nacimiento. **13/12/1973**
Entidad **PARTICULAR** Edad **47** Ocupación **AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Fondo de pensión **COLFONDOS** EPS ARL **NO REFIERE**

Anamnesis

Último examen visual | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [X] Disminución visual de lejos [X] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antecedentes personales y/o familiares Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				20/20	2.00
O.I.				20/20	2.00

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	**Segmento Anterior:** Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]
Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ]
Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
Ptosis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORTHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **8 CM**

Oftalmoscopia

O.D.	O.I.
F.O.A.N. [ ] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]
Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D:	O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**	O.I:	O.I: **NORMAL**

Refracción **Refracción final** **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición		Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	+1.25	-		+2.00	O.D:	+0.50	-		+2.00	20/20	0.50
O.I:	+1.50	-		+2.00	O.I:	+0.75	-		+2.00	20/20	0.50

Interpretación

	O.D	O.I		O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]	Defecto refractivo no corregido	[X]	[X]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]	Gafas no formuladas	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]			

Diagnóstico

H524 PRESBICIA
H520 HIPERMETROPIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [X] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:** CX PTE REQUIERE LENTES / CONTROL 1 AÑO / USO OCASIONAL
DP 62/64

YENYS DEL CARMEN LOPEZ NARVAEZ
Especialidad: OPTOMETRIA

Asidomed

ASISTENCIA DOMICILIARIA MEDICA S.A.S.
NIT: 900.321.772-1

CERTIFICO

Que la señora **EBELIS PERTUZ CABANA**, identificada con la cédula de ciudadanía número 57.443.392, está laborando en esta sociedad bajo un contrato a término fijo. Desde el días primero (01) de febrero del año 2016, desempeñándose en el cargo de enfermera, con un sueldo base de 1.600.000.

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los siete (07) días del mes de marzo del año 2019.

Atentamente,

AUGUSTO ROBERTO GARCIA PADILLA

DIRECCIÓN: CRA 21 N 21-153 OFIC 206 C.C. PLAZA JARDÍN

CELULAR: 3013047398

Santa Marta - Magdalena

Perfect Body
Medical Center

Santa Marta, 11 de noviembre de 2016

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Perfect Body Medical Center Ltda., identificado con NIT 900.223.667-4, certifica que **EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA** identificada con cédula de ciudadanía **57.443.392 Santa Marta**, laboro con esta entidad en el cargo de auxiliar de enfermería **EN UNIDAD DE CUIDADOS INTESIVOS ADULTO,** con modalidad de contrato a término fijo inferior a un año desde el 01 de Abril de 2015 hasta el 10 de noviembre de 2016.

La presente solicitud se expide a petición del solicitante, a los 11 días del mes de noviembre del año en curso.

Cordialmente,

Perfect Body
NIT. 900.223.667 - 4

ADRIANA LIZCANO
RECURSOS HUMANOS
PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA.
TEL: 4217902 Ext. 505
info@perfectbody.com.co

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 57443392 **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 21/03/2024 11:50 AM

Código Verificación: **UPBE25Z61S**

Válida hasta: **19/06/2024**

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 ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yeleen patricia
Apellidos: Perez cabrera
Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No.
Fecha de Nacimiento: Día: [ ] Mes: [0] Año: [1][9][7][ ]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	22-08-05	EU 718	Licefh.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	03-06-05		
	2	05-05-06		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	10-04-06	UYX04002	
	2	05-05-06	UYX04002	
	3	05-06-06	UYX04002	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	28-10-2005	4192	10 años	
Contra Influenza				
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	2023-06-29 10:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EBELIS	PATRICIA	PERTUZ	CABANA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	57443392

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	$1.650.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$8,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$1.650.008,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$15.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-57443392
Nombres:	EBELIS PATRICIA
Apellidos:	PERTUZ CABANA
No. de Carnet:	9809D52A0A628145E053020213AC9A64
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2019-02-19
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el martes, 12 de marzo de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el viernes, 12 de abril de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EBELIS PATRICIA PERTUZ CABANA identificado(a) con C.C No. 57.443.392, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de marzo del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo		
Ebelis Patricia Perez Cabans												M		X
Tipo de Documento							Número			Expedida en		Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		57443392	Santa Marta	09-07-1993		

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		

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
13	12	1993	Santa Marta	Cra 7 # 4-62 Pescaito	Santa Marta	Mag

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
Ebelis patricia1213@gmail.com	3246462432	

Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado								

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de 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	X

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

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

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



Eber Perez C

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