E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO, Identificada con Cédula No. 36.669.301 y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Amarilys Mendoza C.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	X	
2	Cedula de Ciudadanía	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	X	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**	X	
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**	X	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		X
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		X
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**	X	
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**	X	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	X	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).	X	
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		X
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)	X	
15	Tarjeta Profesional	X	
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		X
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	X	
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)	X	
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		X
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		X
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).	X	
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		X
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
30	Soporte de experiencia laboral.	X	
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***	X	
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)	X	
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	X	
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	X	
36	Formato SARLAFT – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	X	

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.669.301**

MENDOZA CASTRO

APELLIDOS

AMARILYS ESTHER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1976**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-MAY-1995 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2100100-00276602-F-0036669301-20110112 **00254**85574A 2 4411143284

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **36669301**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	36669301	MENDOZA	CASTRO	AMARILYS	ESTHER	2022-03-04, 8:21 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

VIDEO TE...

El (la) suscrito(a) AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO identificada con C.C. No. 36.669.301 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 12 del mes de Marzo de 2024.

Firma

Nombre AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO
Cédula 36.669.301 DE SANTA MARTA

COPIA CONTROLADA

Aumentar el contraste

UTC -5 10:49:28
AMARILYS ESTHER M...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Configuraciones del usuario
AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO
CAT. 1175117

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

12 Mar, 2024(UTC -5) 10:49:28

Salir

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes	Mensajes

Sugerencias SECOP



Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información .

Oportunidades de negocio

Recibidas

Sin oportunidades

Más información .

31°

Buscar

10:49 a. m.
12/03/2024

Santa Marta, 12 de Marzo de 2024

Dr.

German Gaviria Vargas

Gerente

Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

Cordial saludo:

Me dirijo muy respetuosamente a Ud. Para ofrecerle mis servicios como ENFERMERA JEFE.

Espero que mi conocimiento aporte un poco al equipo de trabajo con el que usted cuenta. Sin más por el momento.

Atentamente,



AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO

C.C. 36.669.301 De Santa Marta

Dirección: CALLE 11D # 21-119 APTO. 202

Email: amarilys.mendoza@hotmail.com

Cel. : 3012840023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945265391

(415)7707212489984(8020) 000001494526539 1

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

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
MENDOZA	CASTRO	AMARILYS	ESTHER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 11 D 21 119 AP 202

42. Correo electrónico: amarilys.mendoza@hotmail.com

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

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 1 3 0 8 1 4						2 4 6 0	

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

Obligados aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 07 / 20 : 08: 46

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 MENDOZA CASTRO AMARILYS ESTHER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

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
Mendoza	Castro	Amarilys Esther

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36669301	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 11 AÑO 1976

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 11D - 21 119 APARTAMENTO 202

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 4357295 EMAIL amarilys.mendoza@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1994
										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	8	X		ENFERMERIA	06	2013	3998

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	CORPORACION GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)	09	2025
VIRTUAL	CORPORACION GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	GESTION DEL DUELO	09	2024
VIRTUAL	CORPORACION GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	09	2024
VIRTUAL	CORPORACION GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	09	2024

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
PRESENCIAL	CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS	EDUCACIÓN INFORMAL	DIPLOMADO UCI ADULTO	09	2018
PRESENCIAL	CLINICA CEHOCA	EDUCACIÓN INFORMAL	TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS CRRT CON TECNLOLOGIA PRISMAFLEX DE GAMBRO	10	2017
PRESENCIAL	INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA	EDUCACIÓN INFORMAL	SIMPOSIO DE ENFERMERIA CUIDADO INTENSIVO	05	2015
PRESENCIAL	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	I CONGRESO INTERNACIONAL Y III CONGRESO DE ENFERMERIA	10	2012

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*

4 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*					
4365007	*Día*	04	*Mes*	12	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO ESPECIALISTA	SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	14 - 23 52

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CEHOCA CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S		X	COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4209981	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE ENFEREMERIA	UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	CALLE 22 - 15 34

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4237101	*Día*	20	*Mes*	03	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
JEFE ENFERMERIA	SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALIZACION	CARRERA 20 - 15 110

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESCULAPIO CRITICAL CARE LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	06	*Mes*	12	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ENFEREMERIA	*DEPENDENCIA* CUIDADOS INTENSIVOS UCI						*DIRECCIÓN* CARRERA 53 - 70 86 OFICINA 202					

5 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*						

6 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	3	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	8

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento



Santa Marta, 12 de Marzo de 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

8 **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

La República de Colombia

y en su nombre

Instituto Departamental Laura Vicuña

(Magdalena)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 1400
del 7 de Noviembre de 1.990

Confiere a:

Amarilys Esther Mendoza Castro

Identificado con T.I. No. 76115-14574 de Santa Marta.

El Título de:

Bachiller Académico

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

INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA
RECTORA
Rectora
SANTA MARTA

INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA
Secretaria
SANTA MARTA

Anotado al Folio No. 58 del Libro de Registro No. 1

INSTITUTO DEPARTAMENTAL "LAURA VICUÑA" PARA SEÑORITAS

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución
1400 del 7 de Noviembre de 1990

Teléfono 215939 Santa Marta

REGISTRO DANE 14700-00309 CODIGO ICFES [illegible]049-6

ACTA GENERAL DE GRADUACION NUMERO 16 FOLIO 58

En la ciudad de Santa Marta, a los 3 días del mes de Diciembre del año 1994 se reunieron en el INSTITUTO DEPARTAMENTAL LAURA VICUÑA" aprobado en el nivel de Educación media Vocacional y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO según Resolución Nº 1400 del 7 de Noviembre de 1990-La Rectora y Secretaria con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, a las graduandas cuyos nombres apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

Nº	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
52	AMARILYS ESTHER	MENDOZA CASTRO	T.I. 761120-14574 Sta. Mta.

Esta Acta consta de 95 alumnas, comienza con el nombre de ELSA LILIANA ACOSTA PEREZ y termina con el de IVON PATRICIA ZABALETA MARTINEZ

Para constancia, se firma la presente por quienes intervinieron en este acto, en cumplimiento con lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto 180 de 1981.

Firmada y Sellada por CLARA SERPA ROMERO, Directora, y por FANNY ROMERO DE AMAYA, Secretaria.

La Directora
C.C.# 36.521.976 Sta Mta
Firma y Sello

La Secretaria
C.C.# 36.528.083 Sta Mta
Firma y Sello

DIRECTOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO

con cédula de ciudadanía No. 36.669.301 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Santa Marta el día 12 de Julio de 2013

Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Rave J
Secretario(a) General

Folio No. 230 Libro de Registros No. 6 Registro No. 8119 Refrendado en Santa Marta el día 12 de Julio de 2013

Registros y Diplomas: Beatriz Guerrero Flores

THOMAS GREG & SONS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 34

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA: 12 DE JULIO DE 2013.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO
con cédula de ciudadanía No 36.669.301 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 7 en sesión del día 19 de Junio de 2013.

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

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede HERMES JAIME GUTIERREZ PIEDRAHITA

Decano(a) Facultad HAIDY ROCIO OVIEDO CORDOBA

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 12 DE JULIO DE 2013.

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

THOMAS GREG & SONS.

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO** dentificada con la cédula de ciudadanía 36.669.301 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los seis dias (06) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 3629
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) señor (a) **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO,** identificada (a) con cédula de ciudadanía No. 36.669.301, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **ENFERMERA**, que le otorgó **LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA,** de Santa Marta, según Acta Individual de Graduación No. 34 del día 12 de Julio de 2013.

Que **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO** participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio, realizado en la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el día 19 de Julio de 2013, dando cumplimiento a la Resolución No. 274 del 9 de Diciembre de 2011, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que una vez realizado el sorteo, **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO**, no salió favorecido (a), quedando exonerado (a) de prestar el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO,** identificada (a) con cédula de ciudadanía No. 36.669.301, expedida en Santa Marta - Magdalena, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

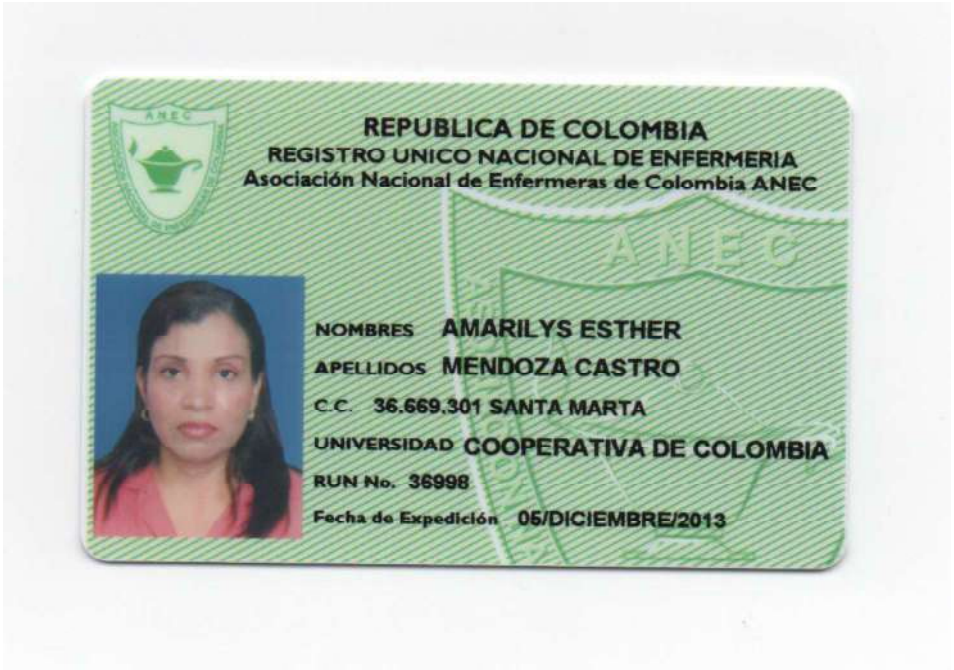
Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 6 SEP 2013

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado: Tatiana Cotes

Revisada: Piedad De la Hoz

RESPETO POR EL MAGDALENA


REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC
NOMBRES AMARILYS ESTHER
APELLIDOS MENDOZA CASTRO
C.C. 36.669.301 SANTA MARTA
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
RUN No. 36998
Fecha de Expedición 05/DICIEMBRE/2013


Crear-ID.com
REGISTRADORA NACIONAL ANEC
Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.
Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Salud

Iniciar Sesión Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

36669301

Primer Nombre

AMARILYS

Primer Apellido

MENDOZA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1599

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-12→11:21:30 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	36669301	AMARILYS	ESTHER	MENDOZA	CASTRO	Vigente

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) AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO identificado(a) con CC 36669301 registra La siguiente información:

2024-03-12→11:21:30 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2013-12-05		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

GOV.CO

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.669.301

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 05-09-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 05-09-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.669.301

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 70 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 07-09-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 07-09-2025

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO
C.C. 36.669.301

ASISTIO AL :

"DIPLOMADO UCI ADULTO"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA (ATLANTICO), EL DIA 08 DE SEPTIEMBRE DE 2018
DURACIÓN 120 HORAS,

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, SOPORTE NUTRICIONAL Y METABOLISMO, ABORDAJE AL PACIENTE CRITICO, VENTILACION MECANICA, MANEJO VASO ACTIVO, CODIGO AZUL Y MANIOBRAS, PSEUDOANALGESIA Y SEDACION, ACCESO VENOSO CENTRAL DIRIGIDO, ACCESO VENOSO CENTRAL Y PERIFERICO, INTERPRETACION EKG, RELACION ECOCARDIOGRAMA EN UCI, CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA, DIEZ PATOLOGIA MAS FRECUENTES, ADMINISTRACION Y AUDITORIA MEDICA DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (GNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION SEPTIEMBRE 2020.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACION Y EDUCACION
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CERTIFICA QUE:

AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.669.301

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

GESTIÓN DEL DUELO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 06-09-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 06-09-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO

IDENTIFICADO (A) con C.C. 36.669.301

CURSÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 48 HORAS

FECHA DE EMISIÓN: 05-09-2023
FECHA DE VENCIMIENTO: 05-09-2024

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DAVID LOPEZ
REPRESENTANTE LEGAL

GENFUTCOL
NIT. 901643467-3
GENFUTCOL

TATIANA URIBE
DOCENTE

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **01/12/2023 11:53:00** Cargo **ENFERMERA JEFE**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO**

Doc. Identidad **CC 36669301** Edad **47 Años** Género **Femenino**

Dirección **CL 11D N. 21-119 APTO 202 ED LOS OLIVOS** Teléfono **3012840023**

Escolaridad **Profesional**

Eps **EPS SANITAS**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ◯ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI ⊗	NO ◯	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI ⊗	NO ◯

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: AMARILYS ESTHER MENDOZA
CC: 36669301
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: AMARILYS ESTHER MENDOZA
CC: 36669301
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No. 36.669.301** 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. **2714** de fecha 04 de diciembre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de diciembre al 31 de diciembre de 2020, por un valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($2.600.000).
2. No. **257** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
3. No. **1305** de fecha 04 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
4. Mediante **Acta de Terminación** por mutuo acuerdo, se da por terminado el Contrato de Prestación de Servicios No. **1305** del 04 de abril de 2021, a partir del día 29 de abril de 2021.
5. No. **1848** de fecha 16 de junio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de junio al 30 de junio de 2021, por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS ($1.300.000).
6. No. **2491** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
7. No. **3536** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

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

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los seis (06) días del mes de enero de 2022.

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

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

VIGILADO Supersalud

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

LA SUSCRITA GERENTE

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La Señora **AMARILIS ESTHER MENDOZA CASTRO** identificada con C.C 36.669.301 de Santa Marta, laboró en la clínica, desde el 01 de enero de 2015 hasta el 15 de febrero de 2021, con un contrato a término indefinido, desempeñándose como **ENFERMERA** en el área de UCI adultos.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (24) veinticuatro días del mes de mayo de 2021.
Cordialmente,

Irina Vanegas

IRINA JOSE VANEGAS PALACIO
Gerente
Centro Hospitalario del Caribe

Elaboró: Daniela Campo
Auxiliar de Talento Humano

Perfect Body

Santa Marta, 31 de julio de 2014

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Perfect Body Medical Center Ltda., identificado con NIT 900.223.667-4, certifica que **AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO** identificada con cédula de ciudadanía 36.669.301 Santa Marta (Magdalena), prestó sus servicios a esta entidad desde el día 20 de Marzo de 2014 hasta el 31 de julio de 2014, como **ENFERMERA JEFE DE AREA DE HOSPITALIZACION Y URGENCIA**.

La presente solicitud se expide a petición del solicitante, a los 31 días del mes de Julio del año en curso.

Cordialmente,

Perfect Body Perfect Body Medical Center Ltda.
NIT 900.223.667-4

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

SOLUCIONES TEMPORALES DEL CARIBE S.A.S

NIT. 900.546.457-0

CERTIFICA

Por medio de la presente hacemos constar que **AMARILYS MENDOZA CASTRO**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 36.669.301, laboró a través de Soluciones Tempòrales del Caribe S.A.S., como trabajador(a) en misión, con un contrato por obra o labor para la empresa ESCULAPIO CRITICAL CARE SAS en el cargo de ENFERMERA JEFE, con un salario base de $1.000.000, iniciando labores el día 06 de diciembre de 2013 y hasta el 30 de mayo de 2014.

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada a los (04) días del mes de agosto del año 2014

Atentamente,

NATALINA GENTIL
Coordinador Administrativo

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 36669301 **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 12/03/2024 11:32 AM

Código Verificación: **S85PQ746TW**

Válida hasta: **10/06/2024**

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CAPRI
CLÍNICA
DROGUERIA

LABORATORIO CLINICO

Cra. 8 No. 10-35 - Tels. 421 0142 - 421 0152 - 431 8847 - Telefax: 4 235818 - Santa Marta

El bienestar de su salud, es el interés de nuestro servicio

Nombre: Amarilys Mendoza Castro

Fecha: 23-11-1976 No. _____

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Amarilys

Apellidos: Mendoza

Documento de Identidad: CC ✓ TI PASA PORTE No. 36669301

Fecha de Nacimiento: Día: 20 Mes: 11 Año: 1976

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	28-07-05	EU 718	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	27-02-8	0296905	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	20-10-12	0341803 A	
	2	18-06-13	UVA8008	
	3	30-09-13	UVA81007	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	10-10-13	61355		
Otras				

HEMOCLASIFICACIÓN:

Grupo: " B "

Factor RH POSITIVO

Atte. Mabel Rojas C.
Bacteriologa
U. Metropolitana
Reg. S.S.M. # 063

Bacteriologa

F-01

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-03-12 22:03

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
AMARILYS	ESTHER	MENDOZA	CASTRO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	36669301

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	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$31.224.000,00
Otros ingresos y rentas	$13.200.000,00
TOTAL	$44.424.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.425.802,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO	$16.800.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GABRIEL	FERNANDO	ARANGO	PABON

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 85466453

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36669301
NOMBRES Y APELLIDOS	Mendoza Castro,Amarilys Esther
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mendoza Castro,Amarilys Esther, a los 12 días del mes de marzo del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MENDOZA CASTRO AMARILYS ESTHER** identificado(a) con **CC** número **36.669.301** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de marzo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2024031212393

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
AMARILYS ESTHER MENDOZA CASTRO	M: F: X

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. X C.E T.I R.C PP	36669301	SANTA MARTA	16-may-95

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	Familiar	Rural	Urbano
	X							X	3		X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
20	11	1976	SANTA MARTA	CALLE 11D # 21-119 APARTAMENTO 202	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
amarilys.mendoza@hotmail.com	3012840023	6054357295

Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIIU
Estudiante		Independiente	x	Empleado		Hogar		Jubilado	2460

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
ENFERMERA	ENFERMERA

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
HOSP. UNIV. JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica X Privada Mixta Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CALLE 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	6054365007

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 3.100.000,oo	Total Egresos mensules	$ 2.700.000,oo
Otros Ingresos Mensuales	$ 0,oo	Otros Egresos Mensuales	
Total Activos	$ 500.000,oo	Total Pasivos	$ 0,oo

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2023	Es declarante?	SI		NO	x

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

No

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

No

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

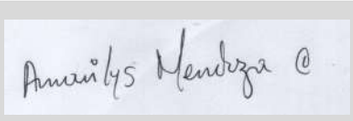
DE MI ACTIVIDAD COMO ENFERMERA

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





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