ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GICDF VERSION: 06 FECHA DE ULTIMA 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 Ana Milena Alcazar Bozon, Identificado con Cédula No. 1.083.029.846 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: ANA ALCAZAR B

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.029.846

ALCAZAR BOZON

APELLIDOS

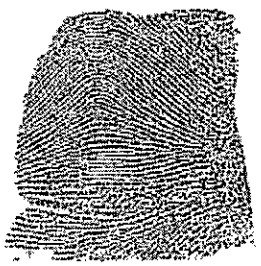
ANA MILENA

NOMBRES

Ana Milena Alcazar Bozon

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1997

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-DIC-2015 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00790883-F-1083029846-20160218 0048480538A 1 44974400

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1083029846

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083029846	ALCAZAR	BOZON	ANA	MILENA	2024-04-04, 9:47 am

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a) **ANA MILENA ALCAZAR BOZON** identificado con C.C./C.E./P.P No. **1.083.029.846,** 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 04 del mes de marzo de 2024.

Firma ANA MILENA ALCAZAR B
Nombre **ANA MILENA ALCAZAR BOZON**
Cédula **1.083.029.846**

COPIA CONTROLADA

Aumentar el contraste

UTC -5 20:49:14
ANA MILENA ALCAZA...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0	0	0	0	0
Sugerencias	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos eventos

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

SANTA MARTA 03 DE ABRIL DE 2024

SR.
Gerente
E.S.E Hospital Julio Méndez Barreneche

Asunto: Oferta de servicios.

Yo, **ANA MILENA ALCAZAR BOZON,** identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.082.029.846** Expedida en Santa Marta/Magdalena, presento mi propuesta y disposición como Enfermera Profesional, para prestar los servicios de Prestar servicios profesionales de enfermería, para Apoyar a la subgerencia asistencial en la atención y el cuidado del paciente, garantizando así la Prestación de los servicios de salud en las diferentes UPSS de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, Por lo anterior me Comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas, derivadas de la oferta y/o aquellas Contenidas en los estatutos de convivencia y oportunidades de contratación. PLAZO: Me someto al Plazo de contratación que establezca la Entidad de acuerdo a la necesidad del servicio. VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la Entidad de Acuerdo a su disponibilidad presupuestal. PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar Copia de mi hoja de vida con los respectivos soportes legales necesarios para la contratación.

Cordialmente,

Ana Alcazar

ANA MILENA ALCAZAR BOZON
C.C. No. **1.083.029.846** de Santa Marta/Magdalena
CEL: 3153723487
MAIL: alcazaranamilena@gmail.com
Dir: Avenida del Río transversal 17 Diagonal 30 #22a19

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14944474242

(415)7707212489984(8020) 000001494447424 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 3 0 2 9 8 4 6	3	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	1083029846	2015 12 17

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
ALCAZAR	BOZON	ANA	MILENA

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 4 11 80 CONJ 2001 BRR GAIRA

42. Correo electrónico: alcazaranamilena@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 7 0 0 0 1	3 1 5 3 7 2 3 4 8 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
5 5 1 9	2 0 2 3 0 9 0 5	8 6 1 0	2 0 2 2 0 2 0 1			2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 - 05 / 21 : 50: 16

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 ALCAZAR BOZON ANA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Alcazar	Bozon	Ana Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.083.029.846

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 21 MES 08 AÑO 1997

PAÍS: Colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle _____

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Santa Marta

TELÉFONO 3153723487 EMAIL alcazaranamilena@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: Enfermera
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2021
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA) X
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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
presencial	8	X		Enfermera	12	2021	

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Español		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS Cidca		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
magdalena	Santa marta	drabrasmilena@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3003237712	DÍA 1 MES 4 AÑO 2022	DÍA 6 MES 3 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Jefe enfermera		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		11

5 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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 4-04-2024 Santa Marta

Ana Alcazar B

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica y Reconocimiento de Universidad mediante Resolución 1191 del 28 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 906 del 1 de Mayo de 1974 de la Superintendencia de Sociedades de Cooperativas
Resolución No. 3810 del 31 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 04-3253-2021

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	10 DE DICIEMBRE DE 2021
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que ANA MILENA ALCAZAR BOZON
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.029.846 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 del Campus Santa Marta, mediante acta No 029 en sesión del día 16 de noviembre de 2021.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) Facultad:	DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 10 DE DICIEMBRE DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 24 del 15 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 3811 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1890 del 11 de Mayo de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

ANA MILENA ALCAZAR BOZON

Cédula de Ciudadanía No. 1.083.029.846 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 10 de diciembre de 2021

Libro de Registros No. 0050420211 Folio No. 073 Registro No. 0725
Refrendado en Santa Marta el día 09 de diciembre de 2021

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortés Londoño

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Universidad Cooperativa de Colombia
Campus Santa Marta

Certifica que:

ANA MILENA ALCAZAR BOZON

Participó como asistente en el **"V Congreso Internacional de Enfermería: Investigación e innovación para el cuidado"**, realizado los días 28, 29 y 30 de Agosto del 2019 en las instalaciones del Hotel Sorrento
Entregado en Santa Marta D.T.C.H. el 30 de agosto de 2019

Adriana Santarelli Franco
Directora Seccional Santa Marta

Doriam Camacho Rodriguez
Decana Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: SAN-02-2022-007149
Fecha : 26/01/22 11:02
Sede: Santa Marta

La Universidad Cooperativa de Colombia
certifica que

ANA MILENA ALCAZAR BOZON

C.C. 1083029846

Cumplió a cabalidad los requisitos exigidos por la normatividad de la Universidad,
por lo cual se le expide el presente certificado.

DIPLOMADO EN CUIDADO CRÍTICO

Llevado a cabo en la ciudad de **Santa Marta**, del **8** de **septiembre** del año **2021** al **15** de **octubre** del año **2021**, con una duración de **100** horas.

Anotado en el folio N° **472** del libro de registro y diplomas N° **8** refrendado en **Santa Marta** a los **21** días del mes de **enero** del año **2022**.

En testimonio de ello se firma en **Santa Marta** a los **24** días del mes de **enero** de **2022**.

Adriana Santarelli Franco
DIRECTOR(A) CAMPUS

El presente documento no tiene validez sin la firma o si presenta borrón o enmendadura. La información contenida en este certificado es extraída directamente del sistema de información académica.

Proyectó: [illegible]
Revisó: [illegible]
Validó: [illegible]
Vigilada Mineducación

"Este documento es una fiel copia de un documento electrónico"
"Para convalidar la información de este documento, favor ingresar al sitio https://gc.ucc.edu.co:16201/vco/, ingresar el radicado

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



ANA MILENA ALCAZAR BOZON
C.C. 1.083.029.846
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 10/12/2021
Fecha de Inscripción en Rethus: 16/02/2022

48444

Representante Legal Organización Colegial de Enfermeria

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermeria.
www.oceinfo.org.co

ANA ALCAZAR B.

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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

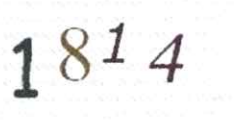
Número de Identificación *

1083029846

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6391

Limpiar

Resultado General -2024-03-25→5:39:10 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083029846	ANA	MILENA	ALCAZAR	BOZON	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) ANA MILENA ALCAZAR BOZON identificado(a) con CC 1083029846 registra La siguiente información:

2024-03-25→5:39:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

Administrativo

AUX	**Local**	**TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**2016-11-11**	**2661**	**SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA**
UNV	**Local**	**ENFERMERIA**	**2022-02-16**	**1083029846**	**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**

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. (jornada continua)

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	**Local**	**COLOMBIA|NO APLICA|**	**1900-01-01**	**1900-01-01**	**Sin Modalidad**	**Enfermería**	**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA**

Contacto

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

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).

Términos y condiciones

SOLICITUD DE PRIMERA VEZ CERTIFICADO ÉTICO PROFESIONAL



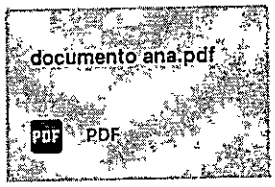
yo 9:21 a. m.

para trienfer

De	ana milena alcazar alcazaranamilena@gmail.com
Para	trienfer@gmail.com
Fecha	3 de abr. de 2024, 9:21 a. m.

Buenos días

Me dirijo a ustedes para que me hagan el favor que me envíen por medio de correo por primera vez el certificado ético profesional o por medio de WhatsApp 3153723487



Responder Reenviar

UNDACIÓN NUESTRA
ORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Ana Milena Alcazar Bozon

CC 1083029846 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-03-18
Fecha de vencimiento: 2026-03-18

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

EDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

UNDACIÓN NUESTRA
ORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Ana Milena Alcazar Bozon

CC 1083029846 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-03-22
Fecha de vencimiento: 2026-03-22

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

EDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

UNDACIÓN NUESTRA
ORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Ana Milena Alcazar Bozon

CC 1083029846 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-03-18
Fecha de vencimiento: 2026-03-18

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

EDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

UNDACIÓN NUESTRA
ORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

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

Certifica

Ana Milena Alcazar Bozon

CC 1083029846 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-03-20
Fecha de vencimiento: 2026-03-20

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

EDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Examen de ingreso: **X**

Fecha:02/04/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**
Nombres y Apellidos: **Ana Milena Alcázar Bozon**
Cedula de Ciudadanía:1083029846
Sexo: F
Edad: 22 años
Labor a Desempeñar: **Jefe de Enfermería**
Principales Tareas: Planear, Organizar, ejecutar y supervisar planes y procesos asistenciales y administrativos del servicio de enfermería, para Velar por el cuidado y recuperación de los pacientes; trabajando en equipo, mostrando liderazgo y empatía. Y otras asignadas por la Dirección.
Celular: 3153723487
Correo: alcazaranamilena@gmail.com

Examen Medico Ocupacional:

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

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas específicas: **PUEDE LABORAR**

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

Recomendaciones:

- Hábitos de Estilo de Vida Saludable
- Higiene postural y de carga-Pausas Saludables
- Uso de EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y seguridad en la Empresa.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. La Trabajadora ha declaro bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento, son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.

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

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos — Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

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

423 - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Servicio de Salud Habilitado

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

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

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

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

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

El presente documento es copia de conformidad con lo previsto en la Parte II, Título I, Capítulo I del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Número Habilitad_PRS1402128

Versión 3.6

EL SUSCRITO (A) COORDINADOR DE GESTION HUMANA.

NIT 900.404.273-3

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **ANA MILENA ALCAZAR BOZON** identificado con cedula de ciudadania **1.083.029.846** estuvo vinculado (a) a nuestra empresa a través de un contrato individual de trabajo por la duración de una obra o labor determinada para trabajadores en misión, desde el **01 dias del mes de abril de 2022** Hasta el **06 dias del mes de marzo de 2023.**

Fue asignado(a) en calidad de trabajador(a) en misión a la Empresa Usuaria **CENTRO INTEGRAL AMBULATORIO DEL CARIBE S.A.S** y su labor contratada fue de **ENFERMERA**

Se expide la siguiente certificación con destino al interesado a los 07 días del mes de junio de 2023.

FRANK QUINTANA VILLALBA.

confirmación cartas laborales por correo electrónico.
fquintana@grupointegral.com.co

Clínica La Milagrosa S.A.

Santa Marta, septiembre 13 de 2021

EL SUSCRITO DELEGADO DE GERENCIA PARA DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACION DE CLINICA MILAGROSA S.A.

HACE CONSTAR

Que la estudiante de VIII semestre del programa de enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia, **ANA MILENA ALCÁZAR BOZON** identificada con C.C 1053029846 ID universitario 499191 realizó Prácticas formativas del curso Gerencia del cuidado y de servicios de enfermería en la Clínica, durante el periodo académico 3/02/2020 y 25/03/2020, bajo la modalidad presencial.

Durante el periodo mencionado, se desempeñó cabalmente con sus obligaciones académicas y asistenciales, cumplimientos horarios, lineamientos de su reglamento de prácticas formativas y reglamento institucional. Demostró actitud y aptitud en los procesos asistenciales asignados y buen comportamiento.

TITO I. ACEVEDO RANGEL
Director Científico
Representante Docencia Servicios
Coordinador de Internado.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1083029846 **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 30/03/2024 08:15 PM

Código Verificación: **GVQ4J3ZC2B**

Válida hasta: **29/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

MiVacuna

Certificado de vacunacion

Ana Milena
Alcalde Bozon
1083029546
CC 1991

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	6-3-21	PFIZER	EN1195	CEHOCA	Yulis Avila	1082930440
			Pfizer	EN1195	CEHOCA	Yulis Avila	1082930440
Refuerzo		26 Feb 2022	PFIZER	210963	Mi Eps	Eliana Ruiz	36666311

Certificado de Vacunación

Institución: Cafam C

Nombre: Ana Milena Alcazar Bozo

Identificación: 1.083029846 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
FA	1	04-07-19	P3673	V Hinojosa

Cortesia de Sanofi Pasteur

CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO

nueva eps

NOMBRES
Ana Milena
APELLIDOS
Alcazar Bozon
DOCUMENTO IDENTIDAD
X No. 970821[illegible]91-
FECHA DE NACIMIENTO (aaaa mm dd)

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA VACUNADOR
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1	12/02/11	EU407454	Sue Ly
	2	19/3/11	D24(900CA	J. Ly
	3	•22-10/11	024(900TD	Beatriz.
	4			
	5			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			

1 año

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-03-30 21:06

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	MILENA	ALCAZAR	BOZON

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083029846

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	$3.100.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$3.100.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. 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:

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **ANA MILENA ALCAZAR BOZON** identificada con la cédula de ciudadanía número **1.083.029.846,** 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, el día cinco (05) del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: Si requiere el documento para trámite de apostilla debe solicitarlo en físico, para que sea firmado a mano alzada.



MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Ana Milena

Apellidos: Alcazar Bozan

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1.088.029.846

Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 08 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	19-04-17	A69CE402A	Paola Polo
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	12 Feb 11	EU40715-C	Suely
	2	19 mar 11	0241900 CA	Silvia
	3	27 OCT. 11	0241900 7D	Beatriz
	4	18 Ene 17	D2284	Paola polo
	5	24-ene 18	2215013164	Paola P
Contra Hepatitis B	1	16 Ene 17	AHBUC536BL	Paola P
	2	28-06-17	AHBUC536BL	Paola polo
	3	[illegible]	[illegible]	Paola P
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Anual	18 Ene 17	N3B88	Paola polo
	Anual	24-ene 18	V5021701B	Paola Polo
Virus de Papiloma Humano				
HEPATITIS A	1	28/06/17	N3B02V	Paola polo
HEPATITIS A	2	24-01-18	N1B08	Paola polo
DPT	1	19-04-17	C4986AB	Paola P.

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANA MILENA ALCAZAR BOZON identificado(a) con CC 1083029846 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 04/09/2023

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 31 días del mes 3 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANA MILENA ALCAZAR BOZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.029.846,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche E.S.E.

ACTA DE INICIO CONTRATO NO. CD20231446 DE 2023.

ENTIDAD:	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRÉNECHE E.S.E
CONTRATISTA:	KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA
VALOR:	8700000
OBJETO DEL CONVENIO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) A TODA LA POBLACION USUARIA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSIATRIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
CRP N°	**1847** DEL 06 DE MARZO DE 2023
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 28 DE FEBRERO DEL 2023.

Entre los suscritos a saber **AURA STELLA DAZA PEÑA,** Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermeria, quien actúa como Supervisor del contrato No. CD20231446, y por la otra, **KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA**, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia, se firma en Santa Marta, D.T.C. e H, el 06 DE MARZO DE 2023.

Supervisor.

Aura Stella Daza P.

AURA STELLA DAZA PEÑA
C.C N° 36541888

Contratista.

KEIDYS GRISED MAESTRE TEJEDA
C.C N° 57293743

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 ANA MILENA ALCAZAR BOZON												Sexo M	F	X
Tipo de Documento							Número		Expedida en		Fecha de Expedición			
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1083029846		Santa Marta		17 DE DICIEMBRE DE 2015	
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	1			X	X	
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
21	8	1997	Santa Marta			CALLE 4 No 11-80 CONJUNTO 2001 BARRIO GAIRA					SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico											No. Celular			Telefono	
alcazaranamilena@gmail.com											3153723487			4346262	
Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado			6519				
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		
E.S.E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA		
Dirección de empresa o negocio					Ciudad			Barrio		No. Teléfono
CRA 14 No 23-42					SANTA MARTA			ALCAZARES		4346262
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 0	Total Egresos mensuales	$ 0
Otros Ingresos Mensuales	$ 0	Otros Egresos Mensuales	$ 0
Total Activos		Total Pasivos	
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:	MI TRABAJO		

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: MI TRABAJO 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. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



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

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Ana Milena Alcazar Bozon

CC: 1083029846

En el Curso de: **Arritmias Cardiacas**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Arritmias Cardiacas. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **23** del mes de **Febrero** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Medico General
Coordinador Cientifico Quiron
Tecnico en Urgencias Medicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Ana Milena Alcazar Bozon

CC: 1083029846

En el Curso de: **Atención y Cuidados De Enfermeria En Pacientes Con Covid-19**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico - Práctico.** Atención y Cuidados De Enfermeria En Pacientes Con Covid-19. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **23** del mes de **Febrero** del **2022** con una intensidad de 4 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Medico General
Coordinador Científico Quirón
Docente en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Ana Milena Alcazar Bozon

CC: 1083029846

En el Curso de: **Vacunación PAI Enfoque COVID-19**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico - Práctico.** Vacunación PAI Enfoque COVID-19. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **23** del mes de **Febrero** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Medico General
Coordinador Cientifico Quirón
Tecnico en Urgencias Medicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuniquese con nosotros o envienos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Ana Milena Alcazar Bozon

CC: 1083029846

En el Curso de: **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO Y CITOLOGIA**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit: 901237169-2** mátricula mercantil **N°. 722.315.** Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo **43 de la ley 115 de 1994** y el acuerdo con el artículo **2.6.6.8. del DURSE.** El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **20** del mes de **Junio** del **2023** con una intensidad de **60 horas.**
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn

Instructor Internacional
CESAR AUGUSTO ROPERO PAYARES
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Ana Milena Alcazar Bozon

CC: 1083029846

En el Curso de: **TRIAGE,**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico - Práctico.** TRIAGE. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **28** del mes de **Febrero** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Medico General
Coordinador Certifico Quiron
Tecnico en Urgencias Medicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Ana Milena Alcazar Bozon

CC: 1083029846

En el Curso de: **Vacunación PAI**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico - Práctico.** Vacunación PAI. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **22** del mes de **Febrero** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Medico General
Coordinador Científico Quiron
Tecnico en Urgencias Medicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com