En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Elizabeth Yohana Cantillo Blanco, Identificado con Cédula No. 1082906038 y Profesión Tecnico Administrativo en salud **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: Elizabeth Cantillo

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ADMINISTRATIVO – OPS ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad	✓	
2	Cedula de Ciudadanía	✓	
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php	✓	
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II (**Pantallazo**)	✓	
6	Propuesta de Servicios (**Mes Actual**)	✓	
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario (**Año 2023**)	✓	
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) (**Actualizada Mes Actual**)	✓	
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (**fecha vigente – Mes Actual**).		
13	Convalidación de Titulo – **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Tarjeta Profesional		
15	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**)	✓	
16	Soporte de experiencia laboral.	✓	
17	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.*	✓	
18	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**)	✓	
19	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
20	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)	✓	
21	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/	✓	

COPIA CONTROLADA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.906.038**
CANIZALEZ BLANCO

APELLIDOS
ELIZABETH YOHANA

NOMBRES

Elizabeth Canizales

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1989**
SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-DIC-2007 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00091081-F-1082906038-20081009 **0004**137145A 2 24381254

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1082906038

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082906038	CANIZALEZ	BLANCO	ELIZABETH	YOHANA	2022-02-23, 1:56 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

Santa Marta, 02 de Junio 2024

Señora
NORA ELVIRA ANILLO ROMERO
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche
Ciudad

Cordial saludo,

Yo,**ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO,** identificada con cedula de ciudadania 1.082.906.038, me dirijo a usted con el fin de ofrecerle mis servicios como apoyo administrativo, en el area de facturacion,para desarrollar todas las actividades administrativas,que me sean asignadas por la institucion o jefe inmediato.

Cordialmente,

Elizabeth Canizalez B.

Elizabeth Yohana Canizalez Blanco
CC 1.082.906.038
Cel 3104404533
Correo: elyjoanacanizales@gmail.com
Direccion: Calle 31 a # 67 – 28 Nueva Colombia

HJMB Julio Méndez BARRENECHE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS

CODIGO: GJC18F
VERSION: 02
FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023
PAGINA 1 de 1

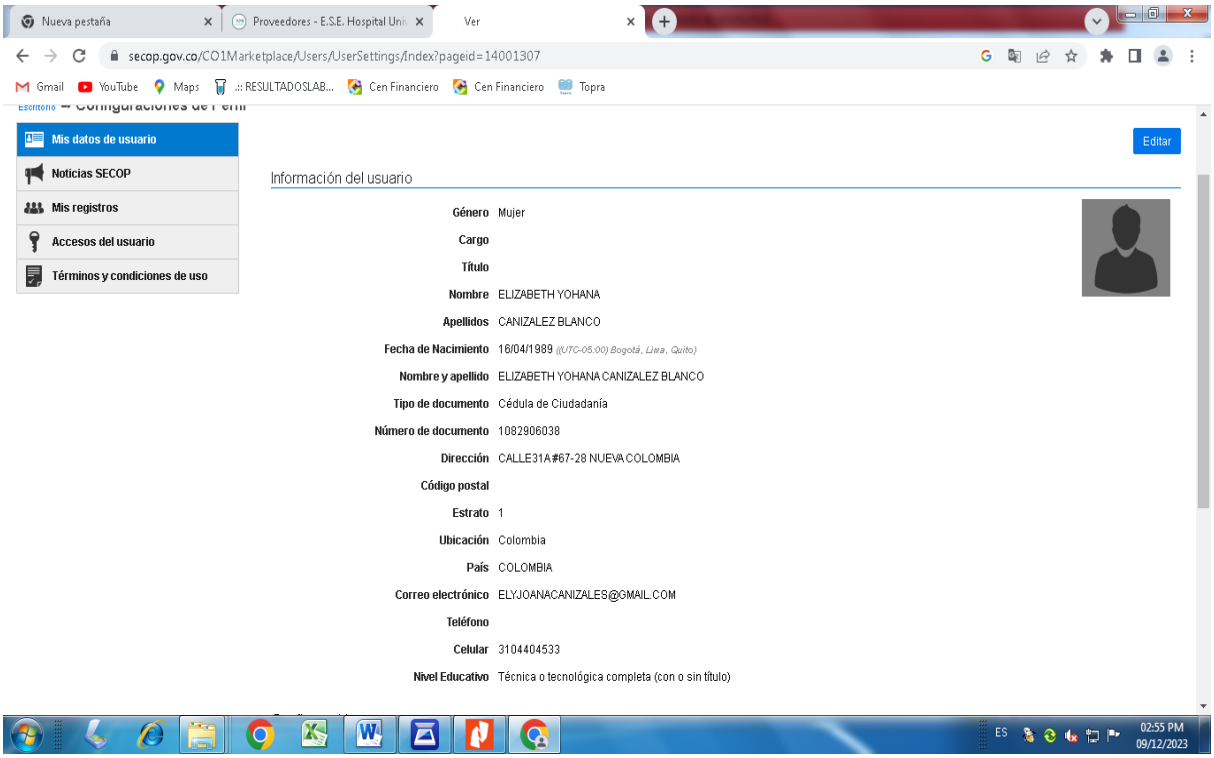
El(la) suscrito(a) Elizabeth Johana Canizalez Blanca identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082 906 038 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. 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 02 del mes de Junio de 2024.

Firma Elizabeth Canizalez B.
Nombre Elizabeth Canizalez B.
Cédula 1.082.906.038

COPIA CONTROLADA


Nueva pestaña
Proveedores - E.S.E. Hospital Uni
Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307
Gmail
YouTube
Maps
.:: RESULTADOSLAB...
Cen Financiero
Cen Financiero
Topra
Escritorio ➡ Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo
Título
Nombre ELIZABETH YOHANA
Apellidos CANIZALEZ BLANCO
Fecha de Nacimiento 16/04/1989 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1082906038
Dirección CALLE31A#67-28 NUEVA COLOMBIA
Código postal
Estrato 1
Ubicación Colombia
País COLOMBIA
Correo electrónico ELYJOANACANIZALES@GMAIL.COM
Teléfono
Celular 3104404533
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
ES
02:55 PM
09/12/2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14945916860

(415)7707212489984(8020) 000001494591686 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 0 6 0 3 8	8	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	1 0 8 2 9 0 6 0 3 8	2 0 0 7 1 2 0 5

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
CANIZALEZ	BLANCO	ELIZABETH	YOHANA

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 31 A 67 28 BRR NUEVA COLOMBIA

42. Correo electrónico ELYJOANACANIZALES@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 4 4 0 4 5 3 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 2 9 9	2 0 2 0 1 1 0 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 11 / 08 : 17: 33

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 ORTIZ ACOSTA DANIEL ALFONSO
985. Cargo Facilitador III

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Canizalez	Blanco	Elizabeth Yohana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082906038	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 04 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 31A 67 28 nueva colombia

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3104404533 EMAIL elyjoanacanizales@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2016
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD	08	2017	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14N °23 42 ALCAZARES						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIE CIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	5

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		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 02- Junio - 2024

Elizabeth Canizalez Blanco.

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

La República de Colombia y en su nombre

El

Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas

De Santa Marta – Magdalena

Aprobación Según Resolución No. 1610 del 07 de Diciembre de 2012
de la Secretaría de Educación Distrital

CONFIERE A:

ELIZABETH YOHANA CAÑIZALES BLANCO

CC. 1.082.906.038 de SANTA MARTA

El Título de

BACHILLER

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional
Según los planes y programas vigentes
Del decreto 3011 de 19 de Diciembre de 1997 y
Según Decreto 1290 del 16 de Abril del 2009

Firmado por:

Acta de Grado

En la ciudad de **SANTA MARTA,** a los **05** días del mes de **Diciembre de 2016** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último año, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **Nuevo Instituto Mixto Rodrigo de Bastidas** Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad de **ACADEMICO,** según **Resolución** No. **1610 de 07 de diciembre de 2012.** Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes en la **JORNADA DIURNA** en el Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO de **BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

ELIZABETH YOHANA CAÑIZALES BLANCO

D.I. Cc 1.082.906.038 de Santa marta

Es fiel copia tomada del Acta Original **Nº 038** de fecha **05** de **Diciembre de 2016**, que consta de **050** alumnos que comienza con el nombre de **ARAQUE MUÑOZ ELIANA CAROLINA** y se cierra con el nombre de **TORRADO JIMENEZ MANUEL**. Firmado y sellado por **LINA REBECA MORA VALDERRAMA** (Rectora) y **GALVIS ANGEL MORA VALDERRAMA** (Secretario).

Esta acta es dada en Santa Marta, a los **05** días del mes de **Diciembre de 2016** . En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en la ley 115 del Decreto 1290 DE 16 DE ABRIL DE 2009.

Firmado por:

LINA REBECA MORA VALDERRAMA
C.C. 36.696.015 de Santa Marta
Rectora

GALVIS ANGEL MORA VALDERRAMA
C.C. No. 85.150.683 de Santa Marta
Secretario

Calle 24 No. 8 A – 13 Teléfono – Cel. 3016679153-300-8957674 – Email: hermorva @hotmail.com
Santa Marta – Magdalena – Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 1094, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 00217 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD A:

Elizabeth Yohana Canizalez Blanco

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1082906038

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar Administrativo en Salud, con una intensidad total de 1600 horas.

Dado en Santa Marta, a los 15 días del mes de Agosto del año 2017.

DIRECTOR **SECRETARIA GENERAL**

Anotado en el folio No. 42 Registro 49 del Libro de Actas 0003

F-CAO-416 V.2

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-

Nit: 900258910-0

Acta De Certificación Individual No. 031

En la ciudad de Santa Marta, a los quince (15) días del mes de Agosto del año Dos Mil Diecisiete (2017) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes de los programas de AUXILIAR EN ENFERMERÍA, AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD Y AUXILIAR EN SALUD PÚBLICA, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010 y Registro de Programa según Resolución número 1094 del 12 de Diciembre de 2016, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 00217 del 30 de Agosto de 2016 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

Elizabeth Yohana Canizalez Blanco

Documento de Identidad No. 1082906038

Es fiel copia del acta original No. 031, de fecha 15 de Agosto del año 2017 e inicia con los apellidos y nombres de **AMAYA MONTENEGRO YULISA ANDREA** y culmina con los apellidos y nombres de **GALLEGO PRADO ADRIANA ISABEL.**

Firmado y sellado por **MANUEL DEL PRADO BRITO**, Director y **KATERINE GUTIERREZ DAZA**, Secretaria General.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los quince (15) día del mes de Agosto del año Dos Mil Diecisiete (2017).

Firmado y Sellados

Gobernación del Magdalena

República de Colombia
Gobernación Departamento del Magdalena

MAGDALENA SOCIAL ES LA VÍA

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
7/9/2017 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO
E-2017-015204

RESOLUCIÓN Nro. 47 2001

Por la cual se registra un titulo
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) señor (a) **ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,082,906,038, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA "SS" ASMEMAG,** con Acta de Certificación Individual No. 031 del 15 de Agosto de 2017.

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

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,082,906,038, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 12 SEP 2017

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Martha Vásquez.
Revisó: Piedad De La Hoz Orozco.

Santa Marta, 24 de Agosto de 2017

Señores
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Ciudad

Yo **ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO** identificada con la C.C. No. 1.082.906.038 De Santa Marta (Magdalena) hice entrega de la documentación correspondiente para el trámite de mi Resolución como Auxiliar Administrativo en Salud de Asmemag.

Atentamente,

Elizabeth Canizalez Blanco
ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO
C.C. No. 1.082.906.038 De Santa Marta (Magdalena)

Gobernación del Magdalena
R-2017-031800
24/08/2017 10:07:37 - Folios: 1 - Anexos: 4 - TipoAnexo: COPIAS
Origen: ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO
Destino: 500/SSS/SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Asunto: SOLICITUD PARA RESOLUCION COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD

SECRETARÍA SECCIONAL DE
SALUD DEL MAGDALENA
Recibido:
Fecha: 24-08-17

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14-05 Local 101 C.C. Alcázares Plaza · Teléfono: 431 3874
informacion@servimedips.com.co · www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	FECHA		
		DIA	MES	AÑO
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENCHE	SANTA MARTA	17	12	2023

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellidos:	Documento de Identidad			
ELIZABETH CANIZALEZ BLANCO	Tipo: CC	No	1082906038	

Dirección		Teléfono	
Cargo: FACTURADOR	Sexo: M [ ] F [✓]	Fecha de Nacimiento:	16-04-89

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	[✓]	Periodico	[ ]	Post Ocupacional	[ ]	Manipulador Alimentos	[ ]
Reintegro Laboral	[ ]	Post Incapacidad	[ ]	Reubicación	[ ]		

Examen Practicados (N: Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS / IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	✓				
Visiometría					
Espirometría					
Audiometría					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen médico no presenta defectos ni patología aparente	✓
Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles? _____

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin limitaciones	[✓]	Apto con limitaciones	[ ]	Aplazados	[ ]	Apto manipular alimentos	[ ]
No apto	[ ]	Apto para alturas	[ ]	No apto para alturas	[ ]	No apto espacios confinados	[ ]
Apto Espacios Confinados	[ ]						

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Médicas		Ocupacional			Hábitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS	[ ]	Uso de EPP	[ ]		Inicio de actividad física	[ ]
		Ingreso al SVE			Dejar de fumar	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Carga física	[ ]	Visual [ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
		Ruido	[ ]	Biológico [ ]	Control de Peso	[ ]
Remisión ARP	[ ]	Radiológico	[ ]	Radiaciones [ ]	Otro:	[ ]
		Psicolaboral	[ ]	Cardiovascular [ ]		
Citología vaginal	[ ]	Otro	[ ]			

Dr. Gustavo Severini
Especialista en Salud Ocupacional
Resolucion 1529

Firma del Médico
Licencia de Salud Ocupacional

Elizabeth Canizalez Blanco

Firma del Trabajador
CC. No. 1.082.906.038

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 1082906038 **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 15/03/2024 09:14 AM

Código Verificación: **5N19FYJEK6**

Válida hasta: **13/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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	2023-09-12 14:43

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ELIZABETH	YOHANA	CANIZALEZ	BLANCO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1082906038

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	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	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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

CERTIFICA:

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

Tipo y No. de documento:	CC-1082906038
Nombres:	ELIZABETH YOHANA
Apellidos:	CANIZALEZ BLANCO
No. de Carnet:	980A6E75C6821E35E053020213AC9B72
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2013-07-26
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el domingo, 02 de junio de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el martes, 02 de julio de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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:

ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.906.038**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Junio del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez 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	FACTURACION	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: ELIZABETH YOHANA CANIZALEZ BLANCO	Sexo			
	M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1.082.906.038	SANTA MARTA	05/12/2007

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
			X				X		3			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
16	4	1989	SANTA MARTA	CALLE 31A # 67-28 NUEVA COLOMBIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
ELYJOANACANIZALES@GMAIL.COM	3104404533	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado			8	2	1	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina	

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
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?		FACTURACION

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 N°23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

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

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales : 1.700.000			Total Egresos mensuales : 1.700.000				
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales				
Total Activos			Total Pasivos				
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	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?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas 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.

Elizabeth Canizalez



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