

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1994**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-AGO-2012 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00410689-F-1082987902-20121106 **0031**603789A 1 39085159

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.987.902

PEREZ DE LA HOZ

APELLIDOS

YUDIS LIZETH

NOMBRES

Judis Perez De la Hoz

FIRMA



Powered by CamScanner

Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1082987902	SANTA MARTA	2012/08/29	30/11/2024, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PEREZ	DELAHOZ	YUDIS	LIZETH	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Unión libre	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1994/06/25	MAGDALENA	877

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CARRERA 33C # 6A -115 ALTOS D	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3024366626	3024880461	YUDISLPEREZDLH@GMAIL.COM

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	I.E.D. RODRIGO DE BASTIDAS

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D. RODRIGO DE BASTIDAS

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Técnica	AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASMEMAG	2012

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
CENTRO CARDIOVASCULAR DEL MAGDALEI	AUXILIAR DE ENFERMEI	2022/03/20	2023/07/23

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
ROSARIO DE LA HOZ ARANGO	3002047701	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
LUIS ANDRES PARDO VICENTH	3013911063	Conyuge

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
YUDISLPEREZ	YUDIS LISETH PEREZ	YUDIS PEREZ	YUDIS PEREZ

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	Positiva

- [ ] Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

- [ ] EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

El (la) suscrito(a **YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ** identificado con C.C./C.E./P.P No.**1082987902** 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 laRepública, **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 30 del mes de Noviembre de 2024.

Firma Yudis Perez De La Hoz

Nombre YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ

Cédula 1082987902

COPIA CONTROLADA

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sra.
Nombre	YUDIS LIZETH
Apellidos	PEREZ DE LA HOZ
Fecha de Nacimiento	25/06/1994 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1082987902
Dirección	kra 33c # 6A -115 ALTOS DELICIA
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	yudislperezdlh@gmail.com
Teléfono	3024366626
Celular	3024366626
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	yudis
SMS para recuperar la contraseña	3024366626

Editar

Santa marta NOVIEMBRE 28 de 2024

Señor

Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche

REFERENCIA: Propuesta para la prestación de servicios como Auxiliar de enfermería en la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

YO **YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ** identificado con Cedula de Ciudadanía

Nº **CC 1.082.987.902.** Expedida en santa marta Magdalena mediante el presente escrito me permito presentar la siguiente propuesta de prestación de servicios y cuyo objeto es: **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**. Y en caso que sea aceptada por esa entidad, nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Así mismo declaro bajo la gravedad de juramento:

- No estar en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en las leyes.
- Que me comprometo a ejecutar el objeto del contrato a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y legalización.

Atentamente.



YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ
C.C. **1.082.987.902**
Dirección: cra 33c # 6ª -115 altos delicia
Celular: 3024366626
E-MAIL: yudislperezdlh@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141020209752

(415)7707212489984(8020) 000014102020975 2

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

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
PEREZ	DE LA HOZ	YUDIS	LIZETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 33 C 6 A 115 BRR ALTOS DELICIAS

42. Correo electrónico: yudislperezdlh@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 4 6 5 4 4 1 3	

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
8 6 9 2	2 0 1 5 0 5 2 9							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2024 - 04 - 17 / 10 : 21: 15

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 SANCHEZ PINEDO ANTONIO JOSE

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Perez	de la Hoz	Yudis Lizeth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082987902

SEXO: F (X) M ( ) NB ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES 06 AÑO 1994

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 33 6A 115

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: MAGDALENA

MUNICIPIO: SANTA MARTA

TELÉFONO: 3024366626 EMAIL: yudislperezdlh@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 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		TECNOLOGIA EN SALUD COMUNITARIA Y ATENCION HOSPITALARIA BASICA	09	2012	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*

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 COMPLETO

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 ANTERIOR												
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	19	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	05	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
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	07	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "HOSPITALIZACION"						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4231662	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* URGECNIAS						*DIRECCIÓN* CALLE 24 4 140					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3564742	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	03	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1179 DOCENTE	*DEPENDENCIA* AGENTE EDUCATIVO - SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 49 80 39					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALEJANDRO PROSPERO REVERAND			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4237010	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	16	*Mes*	07	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"					*DIRECCIÓN* CALLE 24 24 142						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI _NO **X** ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Santa Marta Noviembre 28 de 2024* Yudis Perez De Lattoz

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia y en su Nombre

Institución Educativa Distrital
Rodrigo De Bastidas

Santa Marta - Magdalena

Reconocida Oficialmente por la Secretaria de Educación y Cultura del Distrito
Según Resolución No. 0205 del 23 de Marzo de 2006
Confiere A:

Perez De La Hoz Yudis Lizeth

D.I. *T.I.* No. *94062520234* De. *Santa Marta*

El Titulo de:

Bachiller Académico

con Profundizacion en Ciencias

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondiente y nivel educativo y académico, de
acuerdo al proyecto educativo institucional P.E.I

Rector (a)

Elizabeth Ospino Lizcano
Secretaria

Este Diploma no Requiere de registro en secretaria de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el

libro 001 Folio No. 33 Acta 011
Dado en Santa Marta, a 10 de diciembre del año 2010

Powered by CamScanner

Institucion Educativa Distrital
Rodrigo De Bastidas
Santa Marta D.T.C.H.

DANE 147001000994-01
CÓDIGO 103291
JORNADA TARDE

Acta De Grado

En Santa Marta, a los 10 días del mes de Diciembre del año 2010, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado el Rector y la Secretaria del plantel Educativo Institución Educativa Distrital Rodrigo de Bastidas aprobado en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional y la Secretaria de Educación Distrital, para otorgar el Título de Bachiller con la modalidad en Ciencias, según Resolución No. 0205 del 23 de Marzo del 2006, comprobada la situación legal y académica del alumno que curso y aprobó los estudios correspondiente al Nivel de Educación Media Vocacional, previo el lleno de los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional P.E.I. se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico al graduando(a) cuyos apellidos, nombres y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

PEREZ DE LA HOZ YUDIS LIZETH

T.I. 94062520234 de Santa Marta

Esta Acta es fiel copia tomada del Acta General No.011 de fecha Diciembre 10 de 2010, que consta de Setenta y uno (71) alumnos graduando y comienza con los apellidos y nombres de ACOSTA GALINDO ALEXANDRA PAOLA y se cierra con los apellidos y nombres de YEPES HERNÁNDEZ YULIETH PAOLA, para constancia firma el Rector CESAR AUGUSTO SERRANO ELIZALDE y la Secretaria ELIZABETH MATTA JIMÉNEZ.

Dada en Santa Marta a los 10 días del mes de Diciembre del 2010.

CESAR AUGUSTO SERRANO ELIZALDE
C.C. 91.178.667 De Girón Santander
Rector

ELIZABETH MATTA JIMENEZ
C.C. 36.536.083 De Santa Marta
Secretaria

Powered by CamScanner

LA REPÚBLICA DE
COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA:

CORPORACION 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. 407, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 0048 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA

A: YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1082987902

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1709 horas.

Dado en Santa Marta a los 26 días del mes de Octubre de 2012

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 3 Registro 67 del Libro de Actas 0003

Powered by CamScanner

ASMEMAG

Corporación ASMEDAS Magdalena –SS-

Nit: 900258910-0

ACTA DE CERTIFICACION INDIVIDUAL No. 015

En la ciudad de Santa Marta, a los veintiséis (26) días del mes de Octubre del año 2012 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes del programa de AUXILIAR EN ENFERMERÍA y AUXILIAR EN SALUD ORAL, 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 Programas según Resoluciones número 407 y 0501 del 24 de Febrero de 2011 y 30 de Marzo de 2011 respetivamente, emanadas por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdos número 0048 y 0082 del 21 de Enero de 2011 y del 28 de Febrero de 2011 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 Aptitud Ocupacional Por Competencias Como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos apellidos, nombres y documento de identidad se relacionan a continuación: **PEREZ DE LA HOZ YUDIS LIZETH**, identificado(a) con documento No. **1082987902.**

La anterior acta fue fechada el 26 de Octubre 2012 e inicia con los apellidos y nombres de **ARANGO MARTINEZ KARELYS MISTH** y culmina con los apellidos y nombres de **ZAMBRANO PEREZ WENDY JHOANA.**

Fue firmada por el Director **MANUEL DEL PRADO BRITO,** y la Secretaria General **MARTHA LÓPEZ GONZALEZ**

Se expide en Santa Marta D.T.C.H., a los veintiséis (26) días del mes de Octubre del año 2012.

Firmado y Sellado

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG NIT. 900.258.910-0

MANUEL DEL PRADO BRITO
Director

CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA
ASMEMAG NIT. 900.258.910-0

MARTHA LOPEZ GONZALEZ
Secretaria General

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 0696
"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.987.902, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, otorgado por **LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"** de SANTA MARTA - MAGDALENA según Acta de Certificación Individual No. 015 del día 26 de Octubre de 2012.

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.082.987.902, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

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

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 13 FEB 2013

Zandra Lucia Castañeda Lopez

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectado por: Piedad De la Hoz Orozco- Profesional Universitario

RESPETO POR EL MAGDALENA

E. 0796

Powered by CamScanner

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Salud | Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

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

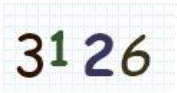
Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1082987902

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6824

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-11-28→9:25:54 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1082987902	PEREZ	DE LA HOZ	YUDIS	LIZETH	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) PEREZ DE LA HOZ YUDIS LIZETH identificado(a) con CC 1082987902 registra La siguiente información:

2024-11-28→9:25:54 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-02-13	696	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

GOV.CO

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Yudis Lizeth Perez de la Hoz

CC 1082987902 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-10-03
Fecha de vencimiento: 2026-10-03

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Yudis Lizeth Perez de la Hoz

CC 1082987902 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-10-05
Fecha de vencimiento: 2026-10-05

Verificación:

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Yudis Lizeth Perez de la Hoz

CC 1082987902 de Santa Marta

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-09-29
Fecha de vencimiento: 2026-09-29

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Yudis Lizeth Perez de la Hoz

CC 1082987902 de Santa Marta

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-09-23
Fecha de vencimiento: 2026-09-23

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Yudis Lizeth Perez de la Hoz

CC 1082987902 de Santa Marta

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-10-01
Fecha de vencimiento: 2026-10-01

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Yudis Lizeth Perez de la Hoz

CC 1082987902 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-09-25
Fecha de vencimiento: 2026-09-25

Verificación:

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Yudis Lizeth Perez de la Hoz

CC 1082987902 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-09-27
Fecha de vencimiento: 2026-09-27

Verificación:

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE 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: 17/04/24
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: **E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche**
Nombres y Apellidos: **Yudis Lizeth Pérez De la Hoz**
Cedula de Ciudadanía: 1082987902
Sexo: Femenino
Edad: 29 años
Labor a Desempeñar: **Auxiliar de Enfermería**

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

Celular: 3024366626
Correo: yudislperezdlh@gmail.com

Examen Medico Ocupacional:

- **Osteomuscular:** Arcos de Movilidad sin limitaciones
- **Valoración y 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, psico labórales, bioseguridad y otros implícitos en el programa de SG-SST y Profesionaligrama. Acatar 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 Cargas -Pausas Activas
- Uso de EPP
- Cumplimiento de Normas de Higiene y Seguridad en la Empresa.

Hacemos constar que hemos realizado examen médico a la trabajadora y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. La Trabajadora ha 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

CENTRO CARDIOVASCULAR
DEL MAGDALENA S.A
CENCAR
NIT: 819.000.134 - 1

icontec
ISO 9001
CERTIFICADO
No. SC7060-1
IQNet

LA SUSCRITA GERENTE DEL CENTRO CARDIOVASCULAR DEL MAGDALENA S.A.

CERTIFICA:

Que el Sra. **YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ** Identificada con Cedula de Ciudadanía N° 1.082.987.902 de Santa Marta, laboro en esta institución desde el 20 de marzo de 2022 hasta el 23 de julio de 2023, como Auxiliar de Enfermería, en el servicio de Cardiología Diagnostica, tiempo en el cual, se caracterizó por ser una persona responsable, honesta y cumplidora de sus deberes, además de encontrarse capacitada para el ejercicio de sus funciones.

Por lo anterior, no tengo impedimento alguno en recomendarlo ampliamente.

La presente certificación se expide a los siete (07) días del mes de octubre de 2023, para los fines que el interesado juzgue pertinente.

Atentamente,

CENCAR
CENTRO CARDIOVASCULAR DEL MAGDALENA S.A
GERENCIA

ILIANA MORA ACUÑA
GERENTE

Calle 25 No. 4 - 140 Tel. 423 1662 - 423 1876
e-mail. info@cencardelmagdalena.com
www.cencardelmagdalena.com
Santa Marta D.T.C.H. - Colombia
Trabajamos con el Corazón

Powered by CamScanner

ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

NIT 819.004.070-5

PUESTO SALUD OASIS

CERTIFICADO

Por medio de la presente certificamos que la señora **YUDIS LICETH PEREZ DE LA HOZ** identificada con cedula de ciudadanía numero **1082987902** expedida en Santa Marta, realizo sus prácticas de Auxiliar de Enfermería desenvolviéndose satisfactoriamente en el Programa de Promoción y Prevención en salud, desde el 16 de junio hasta el 16 de julio del presente año.

Dado en Santa Marta a los 06 días del mes de Noviembre del 2015.

MEDICO
JORGE PEÑARANDA CARRILLO
RM 4710951

Dr. Jorge Peñaranda Carrillo
MEDICO GENERAL
R.M. 4710951

Edith Navarro

Edith Navarro Paternina
Auxiliar Enfermería.

NIT.: 819.004.070-5
PUESTO DE SALUD
OASIS
- EXTENNA

Powered by CamScanner

PREVIMEDISALUD IPS

Te guiamos por el camino de la prevención

NIT. 900665930-3

ATLÁNTICO - BOLÍVAR - MAGDALENA - CESAR - VALLE DEL CAUCA

Barranquilla, 22 de enero de 2021

A QUIEN CORRESPONDA

El suscrito Coordinador de recursos humanos certifica que la señora, YUDIS LICETH PEREZ DE LA HOZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.082.987.902 de Santa Marta, estuvo vinculada con nuestra empresa en el cargo de AGENTE EDUCATIVO, desde el 07 de marzo de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2020 con un contrato por orden de prestación de servicios, Durante el tiempo trabajado demostró ser una persona responsable, honesta, puntual y comprometida con sus deberes.

Se expide a solicitud del interesado a los Veintidós (22) días del mes de enero del año (2021).

Atentamente,

Jesús Américo Cossio Bejarano
Coordinador de Recursos Humanos

SEDE ADMINISTRATIVA BARRANQUILLA
Edificio Clínica Internacional
Cr 49C Nº 80 -39 Of 301
Tel. 3564742 Cel. 3162875437
www.previmedisalud.com

Powered by CamScanner

`

En Santa Marta, entre los suscritos, **NORA ELVIRA ANILLO ROMERO**, Mayor de edad, identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 45.523.791 de Cartagena (Bolivar), domiciliada y residenciada en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), en su calidad de Gerente Encargado, mediante decreto 235 del 01 de abril de 2024 de la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, identificado con el NIT. 891.780.185–2**, creado mediante Decreto 377 del 23 de diciembre de 2005, cuya denominación fue modificada mediante Ordenanza No. 084 del 03 de diciembre de 2018, facultado para contratar de conformidad con los establecido en el Acuerdo 009 de 2015, y demás modificaciones, por una parte y por la otra**, YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ** mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía No**. 1082987902**, quien en adelante y para efectos del presente acuerdo de voluntades se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente documento de cláusulas adicionales, las cuales se entienden incorporadas al Contrato de Prestación de Servicios No. **CD20243431**, ***suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos***:

OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
OBLIGACIONES:	1. Recibir y entregar turno de acuerdo a la guía. 2. Proporcionar atención de enfermería a pacientes de consulta externa, hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales. 3. Ejecución de rutinas del servicio (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentación, toma de glucometría, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de líquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada vez que sea necesario). 4. Realizar ante farmacia los insumos y medicamentos de los pacientes que egresen e ingresen al servicio o cambio por orden médica 5. Realizar las respectivas devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos que el paciente ya no requiera bajo la supervisión de la enfermera. 6. Recibir y entregar a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente 7. Asistir a la ronda médicas y a los especialistas, médicos generales durante los procedimientos 8. Apoyar a la enfermera en marcar el rotulo en la hora de instalar el medicamento. 9. Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, Etc., u otro procedimiento). 10. Realizar seguimiento diario y registrar todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica durante el turno. 11. Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos de seguimiento, evaluación, facturación y registro propios de la E.S.E. 12. Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales.

	13. Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E 14. Responder por las daños y perjuicios en salud que se le generen a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa 15. Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes 16. Informar a la profesional especializada de seguridad del paciente los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente 17. Informar las fallas de material y equipo de servicios. 18. Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar 19. Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o área a asignada de la E.S.E 20. Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. 21. La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y o alteraciones en la oportunidad de la prestación del servicio, serán objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso. 22. Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. 23. El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato. 24. Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente. 25. Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería. 26. Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia. 27. Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios 28. Hacer los usos correctos de administración de medicamentos 29. Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio. 30. Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermería 31. La recogida y limpieza del instrumental empleado en los

	procedimientos e intervenciones quirúrgicas, así como ayudar al Personal de enfermería en la ordenación de las vitrinas. 32. Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) 33. Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y re inducción. 34. Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud. 35. Aplicar los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio. 36. Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados 37. Arreglo del cadáver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido 38. Informar a la enfermera y médico de la fuga del paciente 39. Realizar seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera 40. Realizar procesos de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobar el correcto Empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros específicos. 41. Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.
VALOR:	**CUATRO MILLONES DE PESOS M/L. ($4.000.000)**
FORMA DE PAGO:	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 2 cuota(s), por valor de **DOS MILLONES DE PESOS M/L. ($2.000.000**), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
CDP:	N° **510**
PLAZO:	Previa legalización del contrato sin exceder el **30 de junio de 2024**
SUPERVISOR:	La supervisión, control y vigilancia del contrato será ejercida por la **UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA,** o por quien designe el ordenador del gasto, quedando obligado EL CONTRATISTA a suministrar toda la información que le sea solicitada para verificar el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones.
DERECHOS DEL CONTRATISTA	**a)** Tendrá derecho a recibir oportunamente la remuneración pactada en la cláusula del presente contrato y a que el valor intrínseco de la misma no se altere o modifique durante la vigencia del contrato. En consecuencia, tendrán derecho, previa solicitud, a que la administración les restablezca el equilibrio de la ecuación económica del contrato a un punto de no pérdida por la ocurrencia de situaciones imprevistas que no sean imputables a los contratistas. Si dicho equilibrio se rompe por incumplimiento de la entidad estatal contratante, tendrá que restablecerse la ecuación surgida al momento del nacimiento del contrato. **b)** Podrán acudir a las autoridades

	con el fin de obtener la protección de los derechos derivados del contrato y la sanción para quienes los desconozcan o vulneren.
DERECHOS DEL CONTRATANTE	Para la ejecución de los fines, se exigirá del CONTRATISTA **1.** la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Igual exigencia podrá hacer al garante. **2.** Adelantará las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar. **3.** Solicitará la actualización o la revisión de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato. **4.** Adelantará las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran en desarrollo o con ocasión del contrato celebrado. **5.** Adoptará las medidas necesarias para mantener durante el desarrollo y ejecución del contrato las condiciones técnicas, económicas y financieras existentes al momento de proponer en los casos en que se hubiere realizado licitación o concurso, o de contratar en los casos de contratación directa. Para ello utilizarán los mecanismos de ajuste y revisión de precios, acudirán a los procedimientos de revisión y corrección de tales mecanismos si fracasan los supuestos o hipótesis para la ejecución y pactarán intereses moratorios. Sin perjuicio de la actualización o revisión de precios, en caso de no haberse pactado intereses moratorios, se aplicará la tasa equivalente al doble del interés legal civil sobre el valor histórico actualizado. **6.** Sin perjuicio del llamamiento en garantía, repetirán contra los servidores públicos, contra el contratista o los terceros responsables, según el caso, por las indemnizaciones que deban pagar como consecuencias de la actividad contractual. **7.** Actuará de tal modo que, por causas a ellas imputables, no sobrevenga una mayor onerosidad en el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista. Con este fin, en el menor tiempo posible, corregirán los desajustes que pudieren presentarse y acordarán los mecanismos y procedimientos pertinentes para precaver o solucionar rápida y eficazmente las diferencias o situaciones litigiosas que llegaren a presentarse.
RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA	EL Contratista será responsable ante las autoridades de los actos u omisiones que desarrolle en el ejercicio de las actividades del presente contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros.
RESPONSABILIDAD DEL CONTRATANTE	Los honorarios, salarios y demás pagos de personal que **EL CONTRATISTA** vincule para el cumplimiento del objeto y las obligaciones del presente contrato, serán por cuenta y riesgo de EL CONTRATISTA, en consecuencia, **EL CONTRATANTE** queda exonerado de toda responsabilidad y gasto que se ocasiones por fuera del valor estipulado en el presente contrato.
TERMINACION, MODIFICACION E INTERPRETACION UNILATERAL DEL CONTRATO	La ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE puede terminar, modificar y/o interpretar unilateralmente el contrato, de acuerdo con los artículos 15 a 17 de la Ley 80 de 1993, cuando lo considere necesario para que el Contratista cumpla con el objeto del presente Contrato
CADUCIDAD.	En virtud de esta cláusula, si se presentase alguno de los hechos constitutivos de incumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratista previstas en el presente contrato, que afecte de manera grave y directa la ejecución del mismo y evidencie que puede conducir a su paralización, el

	Contratante aplicará el procedimiento dispuesto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011.
MULTAS.	En caso de retardo o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al Contratista; El Contratante podrá imponerle multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en un uno por ciento (1%) del valor total del contrato, por cada día de retardo hasta por 15 días; o en un uno por ciento (1%) del valor estimado del Contrato, por cada situación o hecho constitutivo de incumplimiento parcial; según sea el caso. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en la ley 1150 de 2007, artículo 17 y el procedimiento para su imposición se aplicará teniendo en cuenta la Ley 1474 de 2011, artículo 86**.**
CLÁUSULA PENAL	En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, el Contratista pagará al Contratante a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause al Contratante. No obstante, el Contratante se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. Las multas y/o sanciones se impondrán de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. **PARÁGRAFO. APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES:** El valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria se tomará del saldo a favor del Contratista. Si esto último no fuere posible, se cobrará por vía ejecutiva; por lo que el Contratista con la suscripción del presente contrato autoriza de manera irrevocable al Contratante, a deducir de las sumas que le llegaren a adeudar por cualquier concepto el valor de las multas y sanciones pecuniarias que llegaren a imponerse.
GARANTÍAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO	Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.1.2.1.4.5, que señala: "*No obligatoriedad de garantías y la justificación para exigirlas o no debe estar en los Estudios y Documentos Previos*", no se exigirán pólizas para el presente proceso de contratación.
CESIONES.	EL Contratista no podrá ceder este contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin el consentimiento previo y escrito del Contratante
INDEMNIDAD.	EL Contratista, se responsabiliza y asume por su cuenta y riesgo, y así mismo librará totalmente a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, de cualquier hecho que genere reclamaciones ya sean de carácter civil, penal, policivo, o de cualquier situación, hecho a causa originado por agentes humanos que puedan originar, suscitar o producir responsabilidad contractual o extra contractual derivada de la operación por ellos organizados; deberán mantener a la ESE, indemne y libre de toda pérdida, daño y pago de todo reclamo, demandas, litigio, acción legal y reivindicación de cualquier especie y naturaleza que se entable o pueda entablarse contra de la ESE, por causa de acciones u omisiones en que

	incurra EL CONTRATISTA o empleados en la ejecución de sus obligaciones en el presente contrato.
CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR.	Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana.
SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	Las partes acuerdan someter a la decisión de la Procuraduría General de la Nación, las diferencias que puedan surgir por razón de la celebración del contrato y de su ejecución, desarrollo, terminación o liquidación.
PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN	El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes, la expedición del registro presupuestal correspondiente y la suscripción del acta de inicio.
REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES.	El valor del presente contrato, se pagará con cargo al presupuesto de la actual vigencia, según el CDP respectivo.
CONFIDENCIALIDAD.	En caso de que exista información sujeta a alguna reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial.
AUSENCIA DE PRESTACIONES.	Por el presente contrato, EL CONTRATISTA no adquiere vínculo laboral alguno con EL DEPARTAMENTO y es el único responsable de la prestación del servicio. En consecuencia, y de conformidad con lo preceptuado en el numeral 3º del artículo 32 de la Ley 80 de 1993, no tendrá derecho a reconocimiento de ningún otro emolumento distinto al pago del valor determinado en la Cláusula Tercera de este contrato.
AFILIACIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL.	Con el fin de dar cumplimiento a lo preceptuado en el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, EL CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra afiliado a un sistema de pensión y salud. **PARÁGRAFO PRIMERO.** De conformidad con lo establecido en la Ley 797 de 2003 y en el Decreto 1703 de 2002, EL CONTRATISTA, deberá afiliarse de manera obligatoria al sistema de pensiones y salud, por un valor que deberá guardar relación con los ingresos efectivamente percibidos por el afiliado.
SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.	De común acuerdo, las partes contratantes podrán suspender la ejecución de este contrato, mediante la suscripción de un acta en la cual conste el evento sin que para efectos del término de duración del contrato se compute el tiempo de la suspensión.
CAUSALES DE TERMINACIÓN.	El presente contrato se puede dar por terminado cuando: **a)** se declare la caducidad o la terminación unilateral, de conformidad con la Ley 80 de 1993, Artículos 17 y 18, **b)** por mutuo acuerdo de las partes. **c)** cuando se dé cumplimiento del objeto del contrato, y **d)** por vencimiento del plazo.
IMPUESTOS.	Los impuestos y las contribuciones parafiscales que se causen por razón o con ocasión del contrato serán por cuenta del CONTRATISTA, y las retenciones que ordene la ley en relación con sus honorarios serán efectuadas por la ESE.

LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO CONTRACTUAL.	Para todos los efectos contractuales y legales atinentes a este compromiso, las partes acuerdan como lugar de ejecución del contrato la ciudad de santa marta departamento de magdalena y como domicilio contractual el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta.
NOTIFICACIONES.	Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente contrato, deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona dispuesto en el SECOP II, y las constancias emitidas por mensaje de datos en el SECOP II

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 1082987902 **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 28/11/2024 09:21 AM

Código Verificación: **352KDT8GML**

Válida hasta: **26/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ Documento: CC 1082987902 Fecha Nacimiento: 25/06/1994 Fecha Generación: 16/04/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	PAI Adicional	25	1	2020		0129M017	STA MARTA GRUPO EXTRAMURAL SS	25	1	2020	aixa eloisa peña de luque
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	PAI Adicional	10	4	2021	PFIZER	EW3344	STA MARTA CLINICA LA MILAGROSA S.A	1	5	2021	YURANIS PATRICIA SANCHEZ HENAO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	PAI Adicional	1	5	2021	PFIZER	ET6924	STA MARTA CLINICA LA MILAGROSA S.A	22	5	2021	YURANIS PATRICIA SANCHEZ HENAO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos	Primera	PAI Adicional	2	4	2024	LG CHEM	UVX21004	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS	31	3	2034	AAAAA BBBB GGGGx RRR

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ Documento: CC 1082987902 Fecha Nacimiento: 25/06/1994 Fecha Generación: 16/04/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
6 meses	Sarampión - Rubéola	Adicional	PAI Adicional	25	1	2020		0129M017	STA MARTA GRUPO EXTRAMURAL SS	25	1	2020	aixa eloisa peña de luque
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	PAI Adicional	10	4	2021	PFIZER	EW3344	STA MARTA CLINICA LA MILAGROSA S.A	1	5	2021	YURANIS PATRICIA SANCHEZ HENAO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	PAI Adicional	1	5	2021	PFIZER	ET6924	STA MARTA CLINICA LA MILAGROSA S.A	22	5	2021	YURANIS PATRICIA SANCHEZ HENAO
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos	Primera	PAI Adicional	2	4	2024	LG CHEM	UVX21004	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS	31	3	2034	AAAAA BBBB GGGGx RRR

Powered by CamScanner

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	2024-10-09 22:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YUDIS	LIZETH	PEREZ	DE LA HOZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082987902

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	TÉCNICO AREA SALUD

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 año gravable 2022 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$12.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$1.400.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$13.400.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$35.000.000,00

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUIS	ANDRES	PARDO	VICENTH

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1082955042

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:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Yudis Lizeth Perez De La Hoz, identificado(a) con CC número 1082987902, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082987902
NOMBRES Y APELLIDOS	Yudis Lizeth Perez De La Hoz
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Compañero (A) Permanente
FECHA DE NACIMIENTO	25/06/1994
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	187 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1082987902 YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ Desde 22/05/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1082987902 YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ Desde 04/10/2023 Hasta 29/02/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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:

YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.987.902**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Noviembre 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.

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
SANATA MARTA	ENFERMERIA	7/10/2023

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo			
YUDIS LIZETH PEREZ DE LA HOZ	M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP	1082987902	SANTA MARTA	29/08/2012

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
	X						X		2			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
1994	6	25	SANTA MARTA	kra 33c # 6A -115 ALTOS DELICIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
yudislperezdlh@gmail.com	1082987902	0

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado				8	6	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERA	AUXILIAR DE ENFERMERA

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
apt 304 Torres5 reserva de curinca poblado	SANTA MARTA	ALCAZARES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1.800.000	Total Egresos mensuales 1. 800.000
Otros Ingresos Mensuales 1.800.000	Otros Egresos Mensuales 0
Total Activos 5.400.000	Total Pasivos 0

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 06	Año 2024	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: ENFERMERA_ 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



Yudis Perez De La Hoz

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