

08-ENE-1999

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-ENE-2017 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-00885098-F-1004370518-20170224 0053871610A 1 47922346



REPÚBLICA DE C
IDENTIFICACIÓN
CÉDULA DE CI

NÚMERO 1.004.370.518

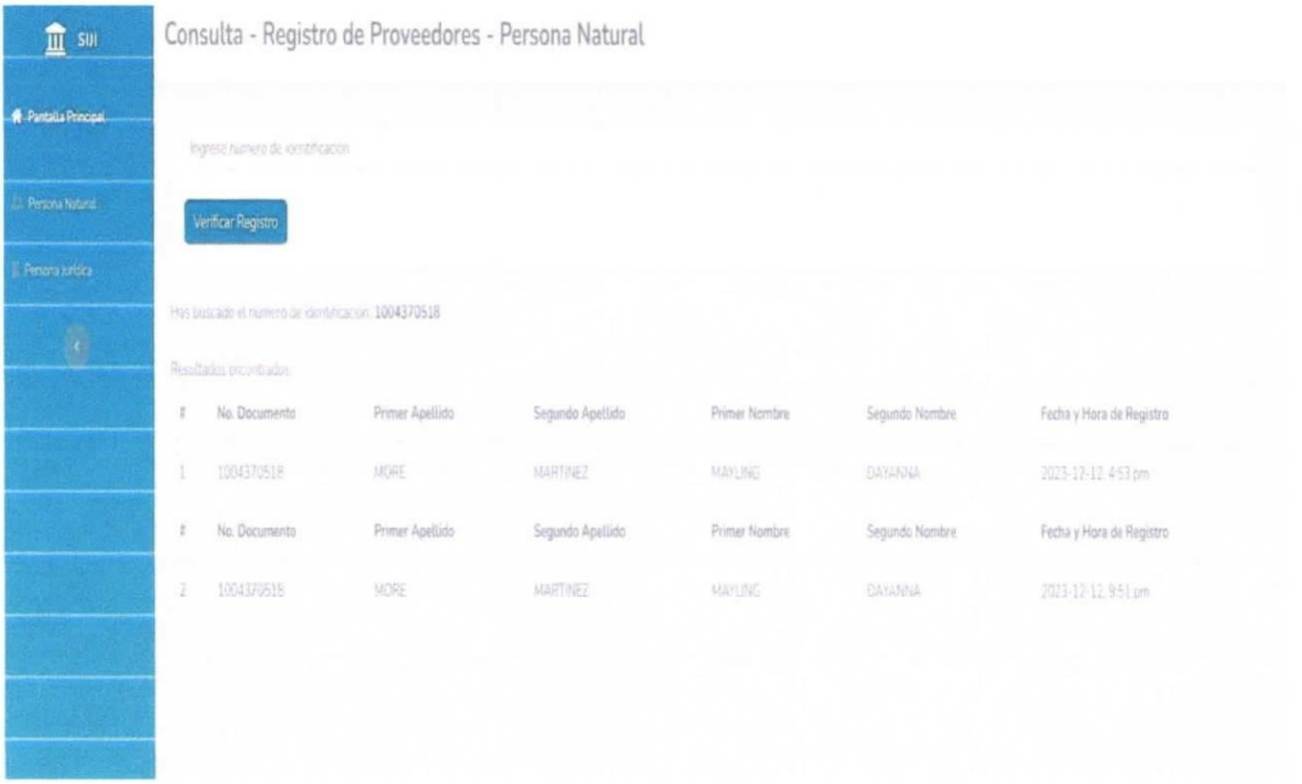
MORE MARTINEZ

APELLIDOS

MAYLING DAYANNA

NOMBRES

FIRMA


SIVI
Pantalla Principal
Persona Natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese numero de identificacion
Verificar Registro
Has buscado el numero de identificacion: 1004370518
Resultados encontrados
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 1004370518 MORE MARTINEZ MAYLING DAYANNA 2023-12-12 4:53 pm
No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Fecha y Hora de Registro
1 1004370518 MORE MARTINEZ MAYLING DAYANNA 2023-12-12 9:51 pm

El(la) suscrito(a) _MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ__identificado con C.C./C.E./P.P No. _1004370518__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 08 del mes de DICIEMBRE de 2024.

Firma Mayling More
Nombre Mayling Dayanna More Martinez
Cédula 1004370518

COPIA CONTROLADA

Colombia

Buscar por proces Menú

Buscar

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	Enfermera
Título	Sra.
Nombre	Mayling Dayanna
Apellidos	More Martinez
Fecha de Nacimiento	8/01/1999 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nombre y apellido	Mayling Dayanna More Martinez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1004370518
Dirección	Santa Marta
Código postal	
Estrato	4
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	Maymore1d@gmail.com
Teléfono	
Celular	3124546414
Nivel Educativo	Universitaria completa (con 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 tu apodo?
Respuesta	More
SMS para recuperar la contraseña	3124546414

Editar

Santa Marta, Diciembre 2024

DOCTORA:

NORA ANILLO
Gerente
E.S.E. Hospital Universitario julio Méndez Barreneche

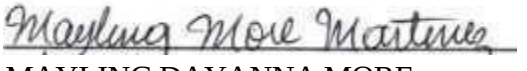
Propuesta de servicio

Cordial saludo,

Muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentarle mi propuesta como **JEFE DE ENFERMERIA,** función que desempeñare a cabalidad cumpliendo con todas las funciones que sean asignadas pertinentes al cargo y de acuerdo a las necesidades de la institución.

Espero cumplir con el perfil que se necesite y de antemano agradezco su atención, quedando en espera de su pronta y positiva respuesta

Atentamente,



MAYLING DAYANNA MORE
MARTINEZ 1.004.370.518
3124546414
Maymore1d@gmail.com

Mz N casa 4 Urb. Villa Alejandrina

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14867363331

(415)7707212489984(8020) 000001486736333 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1004370518	5	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

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 13	1004370518	2017-01-10

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Magdalena 47	Santa Marta 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORE	MARTINEZ	MAYLING	DAYANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Santa Marta 001

41. Dirección principal: MZ N 4 CA 4 URB VILLAS DE ALENJANDRIA

42. Correo electrónico: maymore1d@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
470004	3124546414	6014310235

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
8691	2019-01-01	8699	2019-01-01	7010			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 22 49

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2022-09-26 / 15:31:12

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: MORE MARTINEZ MAYLING DAYANNA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA 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*
More	Martinez	Mayling Dayanna

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004370518

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 08 MES 01 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 7 15 15 CENTRO

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 6054310235 EMAIL maymore1d@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	8	X		ENFERMERIA	12	2021	1004370518

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3124546414	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
1680 2009 ENFERMERA	AREA DE HOSPITALIZACIONES	CARRERA 14A A NORTE null null

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN ANDRES DE CHIRIGUANA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CESAR	CHIRIGUANÁ	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3124546414	*Día*	05	*Mes*	05	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	05	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA	AREA ASISTENCIAL Y URGENCIAS	CALLE 2 null null BOLIVAR

6 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*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 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	1	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 Maylinq Moe Martinez *08-12-2024*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

CERTIFICA:

Que según las certificaciones aportadas y conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y el Artículo 35 de la Resolución 0774 de 2022, el (la) Profesional **MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía **No 1004370518 de Santa Marta-Magdalena**, cumplió con el servicio social obligatorio en el área de **Enfermería** en la(s) siguientes plazas.

Código de Aprobación de la Plaza	**Modalidad (*)**
2017800568013-1	Nombramiento periodo fijo
Nombre de Institución	**Municipio/ubicación de la Plaza**
HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES E.S.E	Chiriguaná - Cesar
Fecha de Inicio	**Fecha de Terminación**
11 de mayo de 2022	10 de mayo de 2023

Se expide en la Ciudad de Valledupar Cesar a los seis (06) días del mes de junio de dos mil veintitrés (2023).

GUILLERMO ENRIQUE GIRÓN QUINTANA
Secretario de Salud Departamental del Cesar

Proyectó:	Jaime Cáceres Asprilla, Referente Servicio Social Obligatorio SSO Cesar
Revisó:	Henry José Manjarres Daza, Asesor Jurídico Secretaría de Salud Departamental
Aprobó:	Guillermo Enrique Girón Quintana, Secretario de Salud Departamental del Cesar.
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento, cuyo contenido se encuentra ajustado a las disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

Acta Individual de Graduación No. 04-3398-2022

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	25 DE FEBRERO DE 2022
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.004.370.518 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 003 en sesión del día 11 de febrero de 2022.

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

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

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 25 DE FEBRERO DE 2022

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que

MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ

Cédula de Ciudadanía No. 1.004.370.518 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 25 de febrero de 2022

Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 009 Registro No. 0088
Refrendado en Santa Marta el día 24 de febrero de 2022

Director(a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente

Registros y Diplomas - Valentina Llerena Betancour

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ

C.C. 1.004.370.518

Universidad Cooperativa De Colombia

Santa Marta

Fecha de Expedición Diploma: 25/02/2022

Fecha de inscripción en Retnus: 05/09/2023

58233

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

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

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.ocelnfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **MAYLING DAYANNA MARTINEZ** identificada con la cédula de ciudadanía 1.004.370.518 no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

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

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

LO HACEMOS MEJOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

CERTIFICA:

Que según las certificaciones aportadas y conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y el Artículo 35 de la Resolución 0774 de 2022, el (la) Profesional **MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía **No 1004370518 de Santa Marta-Magdalena**, cumplió con el servicio social obligatorio en el área de **Enfermería** en la(s) siguientes plazas.

Código de Aprobación de la Plaza	**Modalidad (*)**
2017800568013-1	Nombramiento periodo fijo
Nombre de Institución	**Municipio/ubicación de la Plaza**
HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES E.S.E	Chiriguaná - Cesar
Fecha de Inicio	**Fecha de Terminación**
11 de mayo de 2022	10 de mayo de 2023

Se expide en la Ciudad de Valledupar Cesar a los seis (06) días del mes de junio de dos mil veintitrés (2023).

GUILLERMO ENRIQUE GIRÓN QUINTANA
Secretario de Salud Departamental del Cesar

Proyectó:	Jaime Cáceres Asprilla, Referente Servicio Social Obligatorio SSO Cesar
Revisó:	Henry José Manjarres Daza, Asesor Jurídico Secretaría de Salud Departamental
Aprobó:	Guillermo Enrique Girón Quintana, Secretario de Salud Departamental del Cesar.
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento, cuyo contenido se encuentra ajustado a las disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.	

Resultado General -2024-12-09--8:54:31 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004370518	MAYLING	DAYANNA	MORE	MARTINEZ	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) MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ identificado(a) con CC 1004370518 registra La siguiente información:

2024-12-09--8:54:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2023-09-05	1004370518	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CESAR|CHIRIGUANÁ	2022-05-11	2023-05-10	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

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

Mayling More Martinez

CC 1004370518 de Santa Marta

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

Fecha de emisión: 2024-08-21
Fecha de vencimiento: 2026-08-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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

Mayling More Martinez

CC 1004370518 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: 2024-11-14
Fecha de vencimiento: 2026-11-14

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

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

MAYLING MORE MARTINEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.004.370.518

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

IMAVSS

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

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

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

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: SAN-02-2022-024059
Fecha : 10/03/22 15:11
Sede: Santa Marta

La Universidad Cooperativa de Colombia
certifica que

MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ

C.C. 1004370518

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

DIPLOMADO EN CUIDADO CRÍTICO

Llevado a cabo en la ciudad de **Santa Marta**, del **19** de **noviembre** del año **2021** al **21** de **diciembre** del año **2021**, con una duración de **100** horas.

Anotado en el folio N° **11538** del libro de registro y diplomas N° **8** refrendado en **Santa Marta** a los **01** días del mes de **marzo** del año **2022**.

En testimonio de ello se firma en **Santa Marta** a los **9** días del mes de **marzo** de **2022**.

Adriana Santarelli Franco
DIRECTOR(A) CAMPUS

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

Proyectó: Maryis Caselles Navarro
Revisó: Vanessa Llerena Betancour
Vanessa.llerena@ucc.edu.co
Vigilada Mineducación

CIÓN NUESTRA
DE LA ESPERANZA

901544869-6

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

Certifica

Mayling More Martinez

CC 1004370518 de Santa Marta

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: 2023-12-13
Fecha de vencimiento: 2025-12-13

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

LANLLY COVALEDA
esentante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Mayling Dayanna More Martinez

cc 1004370518

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico – Práctico. ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS. Quirón Entrenamiento en salud S.A.S. Nit 901237169-2 matrícula mercantil no. 722.315. Comunicado s por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.68. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir pro gramas de educación para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 01 del mes de Octubre del 2024 con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

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

Cra 43 No 75B 187 Local 14 / Barranquilla · Tel 339 8488 · Cel 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Cendiatra

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA SANTA MARTA | **DIRECCIÓN:** Carrera 19 # 23-65, Los Naranjos | **CIUDAD DE LA SEDE:** SANTA MARTA

TELÉFONO: 6054358314 | **EMAIL:** santamarta@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2023-12-13

CC: 1004370518
Nombres y apellidos: MAYLING DAYANA MORE MARTINEZ
Fecha de nacimiento: 08/01/1999
Edad: 24 **Sexo:** FEMENINO **RH:** O +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: LABORATORIO CLINICO BIOLUZ LIMITADA
Empresa usuaria:
Cargo: ENFERMERA
Fecha ingreso: 13/12/2023
Fecha salida: 13/12/2023
Teléfono acompañante:



ESTADO DE SALUD ACTUAL

ESTADO DE SALUD ACTUAL

SINTOMATOLOGÍA:	ASINTOMATICA

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESAS ANTERIORES

RIESGOS OCUPACIONALES EN EMPRESAS ANTERIORES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES:	SI
ANTECEDENTES OCUPACIONALES EN EMPRESAS ANTERIORES (DESCRIBA EN TIEMPO AÑO Y MESES):	HOSPITAL SAN ANDRES CHIRIGUANAM ENFERMERA DURANTE UN AÑO
ENFERMEDAD PROFESIONAL:	
ACCIDENTE DE TRABAJO:	

RIESGOS

BIOLÓGICOS:	NO
FÍSICOS:	NO
QUÍMICOS:	NO
PSICOSOCIALES:	NO
BIOMECÁNICOS:	NO
CONDICIONES DE SEGURIDAD:	NO
OTROS:	

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES PERSONALES

QUIRÚRGICOS:	NO
HERNIAS:	NO
SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO:	NO
PATOLOGICOS:	NO
TRAUMÁTICOS:	NO
DIABETES:	NO
LUMBAGO:	NO
VARICES:	NO
ALERGIAS:	NO
TRASTORNOS AUDITIVOS:	NO
HIPERTENSIÓN:	NO
EPILEPSIA:	NO
LESIÓN DE PIEL:	NO
TRASTORNOS MENTALES:	NO
TRASTORNOS DE REFRACCION:	NO
OBSERVACIONES:	NO

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

GPA:	G1P1
ÚLTIMO PARTO EN AÑOS:	
FUM:	25/11/2023
PLANIFICACIÓN:	NO

ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS

ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS

CONSUMO DE TABACO:	NO
CONSUMO DE LICOR:	NO
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:	NO
MEDICAMENTOS CRÓNICOS:	NO
OBSERVACIONES:	

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN FÍSICO	
PESO:	50
TALLA:	1.55
IMC (M2):	20.81
CLASIFICACIÓN:	NORMAL
FC (MIN):	82
TA (MMHG):	110/70
ORGANO O SISTEMA	
CABEZA Y CUELLO:	NORMAL
OJOS:	NORMAL
NARIZ:	NORMAL
OIDO:	NORMAL
OROFARINGE:	NORMAL
CARDIORESPIRATORIO:	NORMAL
TORAX:	NORMAL
TORSO:	NORMAL
ABDOMEN:	NORMAL
GENITOURINARIO:	NORMAL
COLUMNA VERTEBRAL:	NORMAL
EXTREMIDADES:	NORMAL
SISTEMA NERVIOSO:	NORMAL
PIEL ANEXOS:	NORMAL
VARICES:	NORMAL

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO 1:	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 5:	
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 6:	

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD:	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
CONDICIÓN VISUAL:	NO
CONDICIÓN AUDITIVA:	NO
RIESGO BIOMECÁNICO:	NO
CARDIOVASCULAR:	NO
DETERIORO POR TRAUMA ACUMULATIVA (D.T.A):	NO
RIESGO QUÍMICO:	NO
PREVENCIÓN DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES:	NO
BIOLÓGICOS:	NO
PSICOSOCIAL:	NO
OTROS:	

RESTRICCIONES

RESTRICCIONES	
TIPO RESTRICCIÓN:	
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN:	

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	
EVITAR SOBRECARGAS MAYORES A 25KG:	NO
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR::	NO
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO
OTRAS::	NO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

ISABEL JARABA
RM: 26671535
Firma y sello del médico

MAYLING DAYANA MORE
MARTINEZ
CC: 1004370518
Firma del paciente

`

En Santa Marta, entre los suscritos, **GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA**, Mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía Nº 84.458.523 de santa marta (Magdalena), domiciliado y residenciado en la en la misma ciudad, en su calidad de Gerente Encargado, mediante decreto 211 del 23 de mayo de 2023 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**, MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ** mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía No**. 1004370518**, 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. **CD20242708**, ***suscrito por Firma electrónica en SECOP II, a través de mensajes de datos***:

OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) 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 institucional. 2. Asignación de pacientes, consultorios al personal de auxiliar de Enfermería y enfermera asistencial antes de la ronda de Enfermería 3. Propiciar un ambiente agradable, utilizando siempre la comunicación asertiva tanto con paciente, familiar y grupo de trabajo 4. Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (plan de atención de enfermería) 5. Elaboración de reporte de enfermería 6. Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente. 7. Garantizar la presencia oportuna, cuando se requieran hacer los procedimientos y labores propias del profesional en enfermería en cualquiera de los servicios de la E.S.E. 8. Cuando el paciente ingrese y en el turno nocturno, realizar el pedido de jeringa, líquidos de 100cc, y 250 cc para 24 horas dependiendo de la cantidad de dosis de medicamento que tenga el paciente, así mismo solicitar las jeringas necearías para la toma de laboratorio, la solución salina para el previo lavado pre y post para permeabilización de venopunción, equipos cuando el paciente ingrese 9. Entregar de historia clínica a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos 10. Asistir a las rondas Médicas y a los especialistas y médicos generales durante los procedimientos. 11. Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por su negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable a su culpa. Lo que conllevara igualmente a las sanciones disciplinarias a las que tenga lugar. 12. Participar en las jornadas científicas, actividades académicas y de investigación. 13. Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E.

	14. Diligenciar la Historia clínica de los pacientes cumpliendo con los parámetros establecidos en la Resolución No. 1995 de Julio 08 1.999 y demás normas legales que la complementen, sustituyan o deroguen. 15. Realizar seguimiento diario de la historia clínica (evolución, ordenes médica, notas de Enfermería, etc.,) en todo lo referente a la atención y evolución de los pacientes. 16. Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc. 17. Participar en las juntas médicas y dejar constancia por escrito de conceptos médicos emitidos Tener comunicación las 24 horas del día para su fácil localización en casos de urgencias, para lo cual deberán certificar el número telefónico. 18. Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. 19. Solicitar los productos de asepsia y Supervisar la desinfección en el servicio y registrarlo en el formato correspondiente 20. Supervisar el cuidado, conservación y reposición de batas, sabanillas, sabanas, toallas, etc. 21. Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia, 22. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios. 23. 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. 24. Prestar los servicios que se encuentran relacionados en el estudio de conveniencia, necesidad y oportunidad, en las cantidades que se indiquen y con las características técnicas exigidas. 25. Debe cumplir con los turnos elaborados por la Unidad funcional de enfermería y realizar un informe de las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas. 26. Hacer uso racional de los insumos y elementos que se encuentren dentro del stock del servicio, velando por su adecuada utilización. 27. Realizar supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y/o semanal. 28. Brindar orientación el estudiante que de acuerdo al convenio docencia-servicio tiene la institución con las universidades para el desarrollo de sus prácticas. 29. Realizar la notificación oportuna de los eventos adversos, así como incidentes que se puedan presentar con el paciente durante su estancia hospitalaria. 30. Proporcionar educación y orientación a pacientes y familiares para la conservación de la salud y tratamiento médico especifico. 31. Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instala del servicio. 32. Participar en la elaboración de manuales, procesos, horarios y

	procedimientos que permitan mejorar la prestación oportuna del servicio a los pacientes y usuarios de la institución. 33. Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas de turno y horas establecidas mensuales (192h) 34. Aplica los indicadores de Seguridad del Paciente y Humanización del Servicio. 35. Uso adecuado y racional de elementos, recursos y demás medios institucionales. 36. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el supervisor del contrato. 37. Asistencia a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción. 38. Planificación y supervisión de las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado 39. Respuesta oportuna a solicitudes realizadas por el Supervisor del Contrato. 40. Adherencia a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio 41. Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. 42. Apoyar a los estudiantes en práctica que hagan parte de la relación docencia servicio. 43. Reportar a biomédicos y mantenimiento en casos que se presente algún inconveniente con los equipos e infraestructura. 44. Verificar que el paciente que egrese se le entregue órdenes médicas, epicrisis, incapacidades, resumen de procedimientos, formato de patología, controles médicos y entre otros. 45. 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. 46. Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. 47. Participar en la elaboración de documentos institucionales refrentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. 48. Garantizar la participación a las actividades referentes a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, dirigida al personal de la Institución e instituciones apadrinadas. 49. Recibir Asistencia Técnica para la implementación y seguimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la

	Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, por parte del Ministerio de Salud o de las Instituciones Asesoras (Superpadrinos). 50. Seguimiento a las asesorías y aplicación de métodos anticonceptivos a la mujer en periodo posparto y en edad fértil. 51. Realizar seguimientos de la adherencia de guías, protocolos, procedimientos y otros establecidos en los servicios de salud, en cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino. 52. Las demás que determine el Gerente, el Supervisor y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.
VALOR:	**QUINCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L. ($15.500.000)**
FORMA DE PAGO:	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 5 cuota(s), por valor de **TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/L. ($3.100.000**), 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 **31 de agosto 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 1004370518 **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 08/12/2024 11:14 PM

Código Verificación: **4GAQ3X9V8Y**

Válida hasta: **09/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CARNET DE VACUNACION

NOMBRE: Yoffer Mora

IDENTIFICACION: 1004336218

VACUNAS	BIOLOGICO	DOSIS	FECHA APLICACION DD	MM	AA	LOTE	FIRMA Y SELLO
		1era	3	08	19	2050221 (A)	
		2da					
		3era					
		Ref. 1					
		Ref. 2					
HEPATITIS B		1era	08	02	18		
		2da	08	03	18		
		3era					
		Ref. 1					
HEPATITIS A		1era	11	03	19		
		2da	02	02	19		
VARICELA		1era	11	04	19		
		2da					
MENINGITIS B C		1era					
		2da					
MENINGITIS A,C,Y, W135		1era					
NEUMOCOCO		1era					
		2da					
TRIPLE VIRAL		1era	14	04	18		
FIEBRE AMARILLA		1era	05	08	19	PBH5914	
FIEBRE TIFOIDEA		1era					
VPH		1era					
		2da					
		3era					
		1era	17	9	19	050217017	
		Ref.	26	02	20	T3592 4	
		Ref.					
		Ref.					
			14	04	22	ACZEGLNSA	

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	2024-11-21 21:22

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MAYLING	DAYANA	MORE	MARTINEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004370518

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 ÁREA 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 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$600.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	$400.000,00
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$3.600.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
NO	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
NO	$0,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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:

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 Mayling Dayanna More Martinez, identificado(a) con CC número 1004370518, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1004370518
NOMBRES Y APELLIDOS	Mayling Dayanna More Martinez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/01/1999
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	31/03/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	309 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	16/05/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1004370518 MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ Desde 01/11/2023 - Vigente

Generado por interfaces 08/12/2024

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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MAYLING DAYANNA MORE MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.370.518**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
Santa Marta		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Mayling Dayanna More Martinez										Sexo M	F	X
Tipo de Documento								Número	Expedida en	Fecha de Expedición			
C.C. X	C.E		T.I		R.C		PP	1004370518	Santa Marta	10/08/2017			
Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
X												X		X
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento		Direccion Domicilio					Municipio / Ciudad			Departamento	
08	01	1999	Santa Marta		Villas de Alejandria Mz N casa 4					Sta Marta			Magdalena	
Correo Electrónico										No. Celular			Telefono	
maymore1d@gmail.com										3124546414				
Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado						
Detalle Actividad Económica								Descripción del CIIU						

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio						Cargo
	Publica		Privada		Mixta	Otra, cual?	
Dirección de empresa o negocio		Ciudad		Barrio		No. Teléfono	
Maneja dinero del Estado o está expuesto pùblicamente?				SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensuales			
Otros Ingresos Mensuales			Otros Egresos Mensuales			
Total Activos			Total Pasivos			
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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

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

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

Mayling More

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