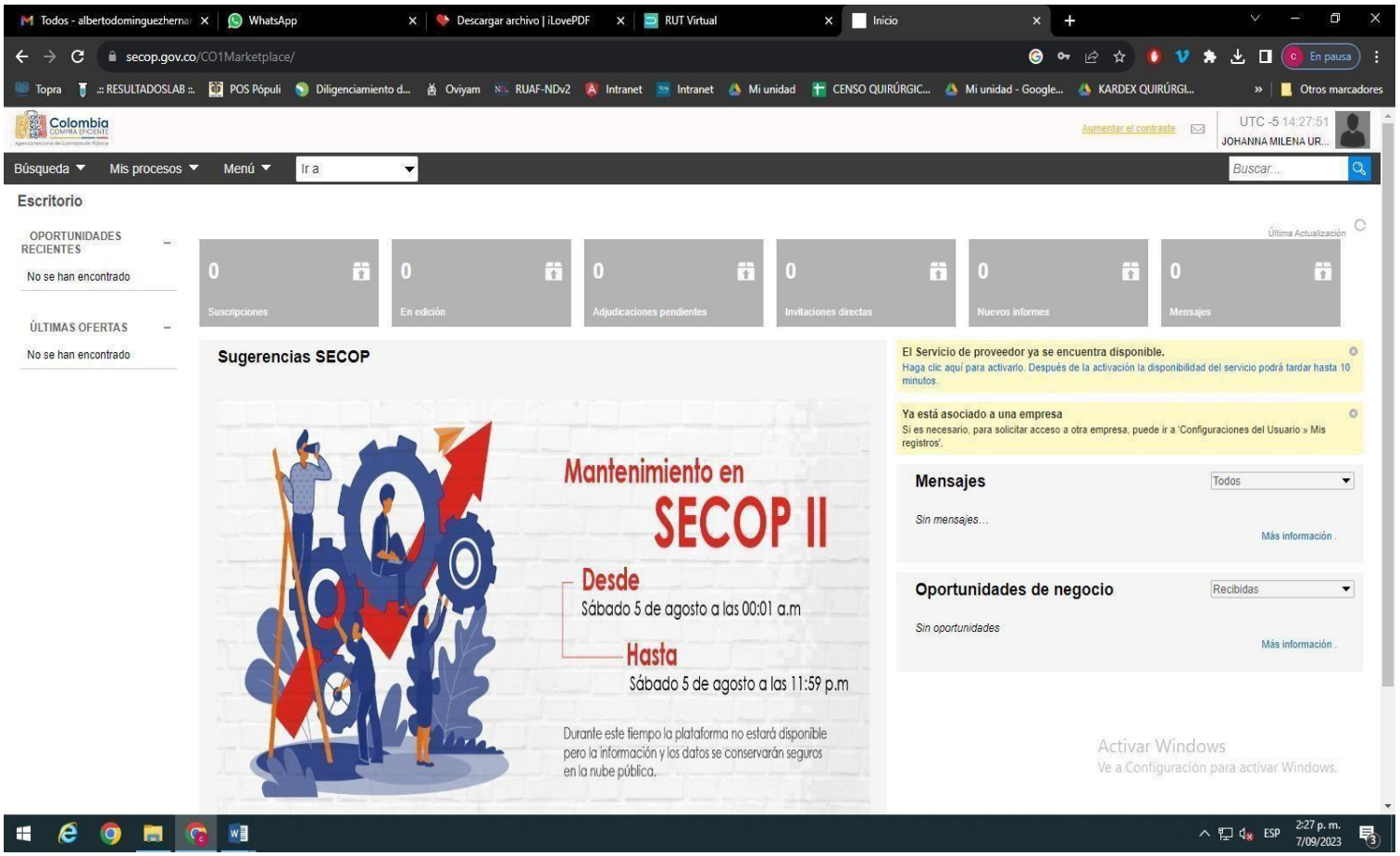

Todos - albertodominguezhernar
WhatsApp
Descargar archivo | iLovePDF
RUT Virtual
Inicio
secop.gov.co/CO1Marketplace/
En pausa
Topra
:: RESULTADOSLAB ::
POS Pópuli
Diligenciamiento d...
Oviyam
RUAF-NDv2
Intranet
Intranet
Mi unidad
CENSO QUIRÚRGIC...
Mi unidad - Google...
KARDEX QUIRÚRGI...
Otros marcadores
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14:27:51
JOHANNA MILENA UR...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Última Actualización
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Sugerencias SECOP
Mantenimiento en
SECOP II
Desde
Sábado 5 de agosto a las 00:01 a.m
Hasta
Sábado 5 de agosto a las 11:59 p.m
Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
ESP
2:27 p. m.
7/09/2023

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.980.544

URUETA CREUS

APELLIDOS

JOHANNA MILENA

NOMBRES



Johanna Urueta

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1993

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

12-MAR-2012 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2100100-00375092-F-1082980544-20120511 0029851608A 1 38284014

ESTA COPIA COINCIDE CON LA CEDULA DE CIUDADANÍA QUE TUVE A LA VISTA

02 FEB. 2016

ROSA VICTORIA CAMPO RODRIGUEZ
NOTARIA TERCERA
SANTA MARTA D.T.C.H.

Escaneado con CamScanner

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:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.980.544**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Diciembre 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.

STAMARTA, Diciembre 15 de 2024

Señora:
URUETA CREUS JOHANNA MILENA
CC. 1082980544
CR 32 11 A 15 GALICIA 3008438453 - 4231971
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 28 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
URUETA CREUS JOHANNA MILENA	1082980544	C	Jul-28-2021	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
TRUJILLO URUETA ANA VICTORIA	1235543075	R	Nov-3-2021	55	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S A S	1082980544	Dependiente	CERRADO
JOHANNA MILENA URUETA CREUS	1082980544	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JOHANNA MILENA URUETA CREUS	1082980544	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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 1082980544 **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 22/08/2024 05:26 PM

Código Verificación: **5FABZ94U36**

Válida hasta: **20/11/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **JOHANNA MILENA URUETA CREUS** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.082.980.544, 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 veintitrés (23) días del mes de agosto del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es trienfercertificado@gmail.com y para la información en general es trienfer@gmail.com

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

Johanna Milena Urueta Creus

CC 1082980544 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Manejo Integral en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI Adulto. con un total de 120 Horas.

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

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

CV-202302-ACLS0042

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS
C.C. 1.082.980.544

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE A.C.L.S. (ADVANCED CIRCULATION LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR AVANZADA

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 26, 27 y 28 de febrero de 2023, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**

Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202302-BLS0050

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS
C.C. 1.082.980.544

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE B.L.S. (BASIC LIFE SUPPORT) TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR NO INVASIVAS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 26, 27 y 28 de febrero de 2023, con una intensidad académica de 48 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202302-AVAQ0057

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS
C.C 1.082.980.544

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 25 de febrero de 2023 con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

CV-202302-AIGD0050

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS
C.C 1.082.980.544

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 25 de febrero 2023, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24155 del 30 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 505 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 3870 del 31 de Julio de 2003 Generada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

JOHANNA MILENA URUETA CREUS

con cédula de ciudadanía No. 1.082.980.544 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 18 de Diciembre de 2015

Como Notaria Tercera Encargada de este Circulo hago constar que esta FOTOCOPIA coincide con su original que he tenido a la vista.
07 ENE. 2016
ANA LUCILA GRANADOS GONZALEZ
NOTARIA TERCERA ENCARGADA
SANTA MARTA D.T.C.H.

Director(a) Sede

Rector(a)

Secretario(a) General

Folio No. 28 Libro de Registros No. 8 Registro No. 9714 Refrendado en Santa Marta el día 18 de Diciembre de 2015

Registros y Diplomas

008989

SOPORTES ACADEMICOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24155 del 29 de Diciembre de 1982 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. 80

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA DE GRADO: 18 DE DICIEMBRE DE 2015.

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que JOHANNA MILENA URUETA CREUS
con cédula de ciudadanía No 1.082.980.544 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA
mediante Acta No. 18 en sesión del día 26 de noviembre de 2015.

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

Como Notaria Tercera Encargada de este Circulo hago constar que esta FOTOCOPIA concuerda con la COPIA auténtica que he tenido a la vista.
07 ENE. 2016
ANA LUCILA GRANADOS GONZALEZ
NOTARIA TERCERA ENCARGADA
SANTA MARTA D.T.C.H.

Rector(a): MARITZA RONDÓN RANGEL

Director(a) de Sede: HERMES JAIME GUTIERREZ PIEDRAHITA

Decano(a) Facultad: HAIDY ROCIO OVIEDO CORDOBA

Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 18 DE DICIEMBRE DE 2015.

Gloria Patricia Rave I
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEDE SANTA MARTA

Johanna Urrueta Cruz.

Participó en calidad de asistente en el ***II Congreso Internacional y IV Nacional de Enfermería "Tendencias del Cuidado de Enfermería: Nuevos retos y enfoques"*** *con una intensidad horaria de 20 horas , los días 23, 24 y 25 de Octubre del 2014.*

Dado en Santa Marta a los 25 días del mes de Octubre del 2014

HAIDY OVIEDO CORDOBA
Decana Facultad de Enfermería

YELIS CAMPO TORREGROSA
Coordinadora de proyección Social
Facultad de Enfermería

Universidad Cooperativa de Colombia

www.ucc.edu.co

CV-202302-MASM030

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS

C.C 1.082.980.544

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO Y ADMNISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 25 de febrero de 2023, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm.gmail.com

CV-202302-MASM030

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS

C.C 1.082.980.544

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO Y ADMNISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. el día 25 de febrero de 2023, con una intensidad académica de 9 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm.gmail.com

HARVARD MEDICAL SCHOOL

certifies that

Johanna Milena Urueta Creus

has participated in and successfully completed the educational activity

Mechanical Ventilation for COVID-19

on

April 30, 2020

and has been awarded 3.00 contact hour(s)

Harvard Medical School is accredited as a provider of nursing continuing professional development by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation. This activity will expire on August 31, 2020.

Ajay K. Singh, MBBS, FRCP, MBA
Senior Associate Dean for Postgraduate Education
Harvard Medical School

Postgraduate Education | Harvard Institutes of Medicine | 4 Blackfan Circle, 4th Floor | Boston, MA 02115 | ceprograms@hms.harvard.edu

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JOHANNA MILENA URUETA CREUS

Con Cedula de Ciudadania No. 1082980544

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barbosa. a los trece (13) dias del mes de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
Subdirector
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE
REGIONAL SANTANDER

78605808 - 13/09/2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9546002405929CC1082980544C.

REGIONAL SANTANDER

EL CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

CERTIFICA

Que JOHANNA MILENA URUETA CREUS identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1082980544 de Santa Marta, realizó y aprobó el curso de MANEJO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID19 EN COLOMBIA con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Barbosa. a los trece (13) dias del mes de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
Subdirector CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE
REGIONAL SANTANDER

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9546002405929CC1082980544E.

San Vicente Fundación

Hace constar que:

Johanna Milena Urueta Creus

Número de identificación: 1082980544

Logró los objetivos trazados y cumplió con las 4 horas del curso virtual

Transfusión segura de hemocomponentes

Expedido en Medellín octubre 16, 2021

Amalia Villegas Calle
Jefe de Gestión del Conocimiento
San Vicente Fundación

HOSPITAL SAN vicente fundación

CIES

Consultor Integral en Salud S.A.S

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS

Cedula de ciudadanía N° 1.082.980.544

Asistió y aprobó el curso de:

PROCESO DE GESTIÓN Y BIOSEGURIDAD DE LA TOMA DE MUESTRA DE COVID-19

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 20 de Agosto del 2022

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31329

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974

Código de Verificación: CTMC22613-724

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

Consultor Integral en Salud S.A.S

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS

Cedula de ciudadanía N° 1.082.980.544

Asistió y aprobó el curso de:

PRUEBAS DE LABORATORIO EN EL LUGAR DE ASISTENCIA POINT OF CARE TESTING (POCT)

Consultor Integral en Salud

Con una intensidad horaria de: 24 horas

Otorgado en Santa Marta el 20 de Agosto del 2022

Firma y RUN del Instructor
Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 (300)878-0974

Código de Verificación: CPOCT221278-1389

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

CIES

Consultor Integral en Salud S.A.S.

CONSULTOR INTEGRAL EN SALUD S.A.S

Nit. 901059104 Matricula. 668523

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS

Cedula de ciudadanía N° 1.082.980.544

Asistió y aprobó el curso de:

PROCESO DE GESTIÓN Y BIOSEGURIDAD DE LA TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLÍNICO

Con una intensidad horaria de: 48 horas

Otorgado en Santa Marta el 20 de Agosto del 2022

Firma y RUN del Instructor

Enfermera U. Simón Bolívar
Esp. en Alta Gerencia
T.P. 31320

Monica Jamibe Villar Ch.
Representante Legal

Este Certificado de Participación puede ser verificado con el siguiente código, por medio de solicitud al correo: gestionsocial.cies@gmail.com o escribir al WhatsApp +57 300-878-0974

Código de Verificación: PGTM22694-705

Nota: este programa hace parte de la oferta del portafolio de servicios de Consultor Integral en Salud S.A.S – CIES y no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional, por lo cual su desarrollo se efectúa bajo las normas internas institucionales y solo conduce a la expedición de una constancia o certificación de asistencia (Articulo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015).

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

CV-202202-MIVSG0056

CON EL AUSPICIO DE:

EL CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO M. & CIA SAS

Certifica que:

JOHANNA MILENA URUETA CREUS
C.C 1.082.980.544

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO (CÓDIGO GRIS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 26, 27 y 28 de febrero de 2023, con una intensidad académica de 36 horas.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

Fecha sugerida renovación certificado y credencial para reentrenamiento **febrero de 2025**
Contáctanos: +1 647 8069272 - 3016357003 - capacitacionyentrenamiento.pnhm@gmail.com

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso **Fecha de consulta:** 28/02/2023

Información paciente



Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Empresa en misión:
Nombre completo: JOHANNA MILENA URUETA CREUS
Identificación: CC: 1082980544
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: ENFERMERA JEFE
Fecha nacimiento: 10/10/1993
Edad: 29
Genero: Femenino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono:
Dirección: Santa marta,
N° hijos: 1
ARL:
EPS: Salud Total EPS
AFP: Porvenir S.A.

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

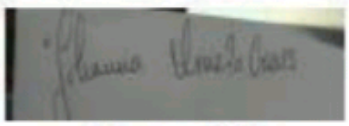
Recomendaciones especificas

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: SE RECOMIENDA SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL RESPECTO A LA PREVENCION DEL CONTAGIO POR SARS COVID 19



Pedro Francisco Manjarres Palacio
Profesión: Medico especialista en sst
Registro: 70584



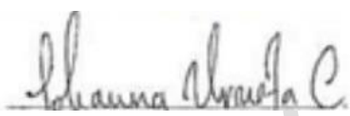
Aspirante o trabajador
JOHANNA MILENA URUETA CREUS
Identificación: CC: 1082980544

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

El(la) suscrito(a) JOHANNA MILENA URUETA CREUS identificado con C.C./C.E./P.P No. 1082980544 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 30 del mes de Diciembre de 2024.

Firma 

Nombre JOHANNA MILENA URUETA CREUS
Cédula 1082980544

COPIA CONTROLADA

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-08-26 15:22

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHANNA	MILENA	URUETA	CREUS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1082980544

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$16.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$110.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$16.610.000,00

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	$471.562,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$6.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: JOHANNA MILENA URUETA CREUS									Sexo: M	F	X
Tipo de Documento: C.C. x / C.E / T.I / R.C / PP							Número: 1082980544	Expedida en: santa marta	Fecha de Expedición: 12/12/2012		
Estado Civil (Seleccione): Soltero x / Casado / Divorciado / U. libre / Viudo					Nivel educativo: Primaria / Bachiller / Técnico / Universalidad x				No. Personas a cargo: 1	Tipo de Vivienda: Propia / Arrendada / Familiar x	Zona Ubicación: Rural / Urbano x
Fecha nacimiento: 10	10	1993	Lugar de Nacimiento: santa marta		Direccion Domicilio: cra 32 11 a 15				Municipio / Ciudad: santa marta		Departamento: magdalena
Correo Electrónico: uruetacreusjohanna@gmail.com									No. Celular: 3244457606		Telefono:
Ocupación (Seleccione): Estudiante / Independiente x / Empleado / Hogar / Jubilado									Actividad Principal CIIU		
Detalle Actividad Económica							Descripción del CIIU: Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina				

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio: Publica x / Privada / Mixta / Otra, cual?	Cargo
HUJMB		Enfermera
Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio: alcazares / No. Telefono: 4346262
Carrera 14 No. 23-42	santa marta	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?		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 suminis	Mes	Año	Es declarante?	SI	NO x	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? no

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? no

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

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

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

Escaneado con CamScanner

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
Urueta	Creus	Johanna Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082980544	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 10 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 32A A 11- 15 Crr 32 11 a 15 galicia

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3244457606 EMAIL uruetacreusjohanna@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	09	AÑO	2010

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	2015	1082980544

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
NEL HURTADO	HUMANO						
CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO	EDUCACIÓN INFORMAL	9	X		ATENCION INTEGRAL PARA LA GESTION DEL DUELO	02	2023
CENTRO DE CAPACITACION Y ENTREMANIENTO PEDRO NEL HURTADO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	9	X		MANEJO Y ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	02	2023
CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	9	X		ATENCION A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS	02	2023
CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	36	X		MANEJO INTEGRAL DEVIOLENCIA SEXUAL Y GENERO CODIGO GRIS	02	2023
CENTRO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PEDRO NEL HURTADO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SOPORTE VITAL AVANZADO	02	2023

4 IDIOMAS

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*

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 ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* Carrera 14 No. 23-42 Alcazares					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA BENEDICTO S. A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	12	*Año*	2022	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLE null B NORTE null null					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CEHOCA CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	11	*Año*	2021	*Día*	27	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL COMO ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* AUTOPISTA null A NORTE null null					
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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	12	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA / ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* Carrera 14 No. 23-42 Alcazares					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PAICOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	25	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS						*DIRECCIÓN* Barrio El Redentor Vía Principal a Santa Rosa de Lima					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PAICOL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS - EL PITAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* PITAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	05	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GRUPO	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* Carrera 10 Calle 12 Esquina, Barrio Altico						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE DIAGNOSTICO IDIME			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	05	*Año* 2017	*Día*	08	*Mes*	08	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA CONSULTA EXTERNA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* cll 14 neiva						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ECSALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	06	*Año* 2016	*Día*	18	*Mes*	11	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR / DOCENTE	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* florencia caqueta						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* COLOMBIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	03	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE GRUPO	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* cra 3 No. 7-13						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ECSALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	18	*Mes:*	11	*Año:* 2016	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA CALLEE C						

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	3	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	8	1

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 Santa Marta 31-12-24

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

PÓLIZA Nº
1012308

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
26	8	2024	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	24410811-JOHANNA MILENA URUETA CREUS	**CC**	1082.980.544
DIRECCIÓN	KR 32 11A 15, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3244457606
ASEGURADO	24410811-JOHANNA MILENA URUETA CREUS	**CC**	1082.980.544
DIRECCIÓN	KR 32 11A 15, SANTA MARTA, MAGDALENA	**TELÉFONO**	3244457606

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
BARRANQUILLA	3502	35	26	8	2024	23	8	2024	00:00	23	8	2025	00:00	365

MONEDA	TIPO CAMBIO	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
Pesos	1.00	4. 30 DIAS	$ 275,000,000.00

CARGAR A: URUETA CREUS,JOHANNA MILENA

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	275,000,000.00	SI	170,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	27,500,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	13,750,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	275,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	275,000,000.00		
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	55,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	27,500,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 0100010000	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR SE EMITE LA PRESENTE PÓLIZA BAJO LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$*******170,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA	$******32,300.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****202,300.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

26/08/2024 11:20:23

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN

CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS

CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
5973	3	CENTAURY SEGUROS LTDA	22.50	38,250.00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PREVISORA SEGUROS

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1012308 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	**0**

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL

ESPECIALIDAD: Enfermera Profesional (Ley 24.004)

CLASE: CLASE UNO (1) - SIN CIRUGIA

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES
Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004 VERSIÓN 009-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA
La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado “por reclamación”, con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD
Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO $275.000.000 por evento y por vigencia combinado para todos los amparos.
* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b. Equipos de rayos x para terapéutica
c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e. Equipos de generación de rayos laser
f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.1. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.2. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1012308 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1.3. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.4. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.5. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.6 Por medio del presente texto se da alcance a la exclusión No. 24. del condicionado general para aclarar que bajo la presente póliza se amparan toda cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente); se otorga cobertura a profesionales auxiliares de cirugías cosméticas (excluyendo al cirujano plástico y/o estético que realiza la cirugía). La cobertura se extiende al daño adicional que se pueda generar en la cirugía y no al resultado o insatisfacción de la misma.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5 % respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20 % respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10 % respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / VIH y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos
4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
5. Enfermedades profesionales
6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
7. Daños genéticos a personas o animales.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1012308 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

OTRAS CONDICIONES:

1. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES: Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.

2. CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA: Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.

3. CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinará si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adicional.

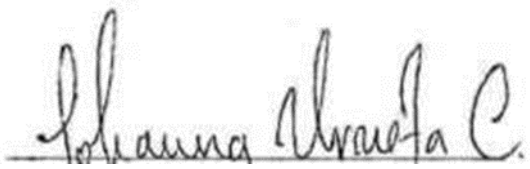
Santa Marta,30 de diciembre de 2024

Doctora
NORA ANILLO ROMERO
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución, yo JOHANNA MILENA URUETA CREUS, identificada con cedula ciudadanía 1082980544 De la ciudad Santa Marta, le solicito a usted me permita ingresar como Enfermera Profesional dentro del área de Asistencial. Espero reunir los requisitos necesarios para tal cargo dentro del Hospital.

Atentamente



JOHANNA MILENA URUETA CREUS
1082980544

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1082980544**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082980544	URUETA	CREUS	JOHANNA	MILENA	2023-03-02, 3:17 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

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) JOHANNA MILENA URUETA CREUS identificado(a) con CC 1082980544 registra La siguiente información:

2024-03-26→3:28:39 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2016-03-01	1082980608	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

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

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).

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14723827809

(415)7707212489984(8020) 000001472382780 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 2 9 8 0 5 4 4	8	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 9 8 0 5 4 4	2 0 1 2 0 3 1 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
URUETA	CREUS	JOHANNA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 32 11 A 15 BRR GALICIA

42. Correo electrónico: uruetacreusjohanna@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

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										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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: 3 61. Fecha 2020 - 11 - 18 / 14 : 12: 40

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 SALAS YANES LUISA MARINA

985. Cargo Gestor II

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ
COLOMBIA HUILA
NIT. 813.011.706-8

LA SUSCRITA GERENTE

C E R T I F I C A:

Que la Señora **JOHANNA MILENA URUETA CREUS,** Identificada con la cédula de Ciudadanía Número 1.082.980.544 Expedida en Santa Marta, desarrollo actividades como Enfermera Jefe de PYP en la "E.S.E. Ana Silvia Maldonado Jiménez" del Municipio de Colombia Huila, mediante la modalidad de Contrato de prestación de servicios como consta en los archivos así:

Contrato No 035 del 16/03/2016 al 14/05/2016.

El presente se expide a solicitud de la interesada para fines pertinentes.

Dado en Colombia Huila, a los Diecinueve (19) días del mes de Mayo de Dos Mil Dieciséis (2016).

DEYANIRA VARGAS HERRERA
Gerente

1082980544

ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD
ECSALUD

Nit 79.201.119-8

Escuela Colombiana De Ciencias En Salud
Aprobada según Resolución No. 000550 de la secretaria de Educación del Departamento del Huila y Acuerdo No. 39 emanado del comité Ejecutivo Nacional del Ministerio de la Protección Social

LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD – ECSALUD.

C E R T I F I C A:

Que la Enfermera Jefe **JOHANNA MILENA URUETA CREUS** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.082.980.544** expedida en Santa Marta - Magdalena, labora en esta Institución desde 01 de Junio del 2016 hasta el 18 de noviembre del 2016, desempeñando el cargo de cargo de docente del programa Técnico Laboral Auxiliar en Enfermería.

Se expide a solicitud verbal de la interesada para fines pertinentes.

Dada en Florencia – Caquetá a los diecinueve (19) días del mes de noviembre del año 2016.

OLGA LUCIA VEGA OROZCO
Coordinadora Talento Humano.

ESE
CENTRO DE SALUD
San Juan de Dios
EL PITAL - HUILA
NIT. 813.006.877-9

ADM012018 – 384

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS DE EL PITAL HUILA

CERTIFICA:

Que **JOHANNA MILENA URUETA CREUS,** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.082.982.544**, de Santa Marta Magdalena celebró:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 110 de Fecha 10 de Mayo de 2018
Objeto: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE Y COORDINADORA EN LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DE LA ESE CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS DE EL PITAL HUILA"
Plazo: Un mes y 20 días.
Fecha de Inicio: Diez (10) de Mayo de 2018.
Fecha de Terminación: Treinta (30) de Junio de 2018.
Valor del Contrato: Cuatro millones trecientos veinte mil pesos M/C **($4.320.000).**
Estado del contrato: Liquidado.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 138 de Fecha 07 de Julio de 2018
Objeto: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE Y COORDINADORA EN LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DE LA ESE CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE DIOS DE EL PITAL HUILA"
Plazo: Dos meses y 23 días.
Fecha de Inicio: siete (7) de Julio de 2018.
Fecha de Terminación: Treinta (30) de Septiembre de 2018.
Valor del Contrato: Siete millones doscientos mil pesos M/C **($7.200.000).**
Estado del contrato: Liquidado.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, en El Pital Huila a los treinta y un días (31) días del mes de Agosto de Dos Mil Dieciocho (2018).

ROLDAN MONTEALEGRE CARDENAS
Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTA ROSA DE LIMA
NIT 813 011 027-5
PAICOL - HUILA

LA JEFE DE TALENTO HUMANOS DE LA E.S.E. SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL HUILA

C E R T I F I C A:

Que **JOHANNA MILENA URUETA CRUS,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.082.980.544 expedida en Santa Martha- Magdalena, presto sus servicios profesionales como jefe de enfermería para cumplir con la ejecución y apoyo de actividades del proyecto del plan intervenciones colectivas PIC departamental en el municipio de Paicol Huila ESE Santa Rosa de Lima, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

Contrato No.	Fecha Inicio	Fecha Final	Valor	OBJETO
167-2018	01/09/2018	30/11/2018	$7.200.000	Prestar sus servicios profesionales como jefe de Enfermería para cumplir con la ejecución y apoyo de actividades del proyecto del plan intervenciones colectivas PIC departamental en el municipio de Paicol ESE Santa Rosa de Lima
115-2019	26/06/2019	25/10/2019	$9.600.000	Prestar sus servicios profesionales como jefe de enfermería para cumplir con la ejecución y apoyo de actividades del proyecto del plan intervenciones colectivas PIC Departamental en el municipio de Paicol ESE Santa Rosa De Lima

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, en Paicol Huila a los Veinte (20) días del mes de febrero de 2020.

YOLANDA PLAZA BASTIDAS

Calle 3° carrera 7° esquina, Telefax 8378037, Cel. 3102193547
Código DANE 4151800840
E mail. ese@esesantarosadelimapaicol.gov.co
"UNIDOS TRABAJANDO POR SU SALUD"
Vigilado Supersalud

idime

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO
IDIME S.A.

CERTIFICA QUE:

El (a) señor (a) ***URETA CREUS JOHANNA MILENA,*** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1082980544**, laboró con nosotros desde el 20 de abril 2017 hasta el día 08 de agosto 2017, con un contrato a término **Indefinido** desempeñando el cargo de **Enfermero(a)** apoyando el área de ***Consulta Externa***, con una intensidad de **240 horas** mensuales y su última asignación salarial fue **UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($1,766,000.oo)**, con causal de retiro VOLUNTARIO.

Se expide esta Certificación a Solicitud del Interesado (a) el día 08 de agosto 2017, en la Ciudad de Neiva.

Cordialmente,

idime
NIT. 900.060.396-2

CARLOS ALBERTO NIÑO VARGAS
Coordinador de Nomina

CERTIFICADO RESPONSABILIDAD SOCIAL

VIGILADO Supersalud

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

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora **JOHANNA MILENNA URUETA CREUS**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No. 1.082.980.544** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **3346** de fecha 09 de diciembre de 2020, con un plazo de ejecución contado a partir del 09 al 31 de diciembre 2020, por un valor de UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS ($1.993.300).
2. No. **264** de fecha 01 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
3. No. **1259** de fecha 01 de abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 30 de junio de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
4. No. **2528** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 31 de julio de 2021, por un valor de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($2.600.000).
5. No. **2848** de fecha 03 de agosto de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de agosto al 30 de septiembre de 2021, por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($5.200.000).
6. No. **CD20231415** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).
7. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231415,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000).
8. No. **CD20232479** de fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).
9. No. **CD20233869** de fecha 03 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).
10. No. **CD20240321** de fecha 03 de enero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de enero al 31 de enero de 2024, por un valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000).

11. No. **CD20241375** de fecha 01 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de febrero al 31 de marzo de 2024, por un valor de SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($6.200.000).
12. No. **CD20242656** de fecha 31 de marzo de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de agosto de 2024, por un valor de QUINCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($15.500.000).

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los cuatro (04) días del mes de junio de 2024.

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: JINGRID JHOANA OSPINO LIZCANO.
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

¡RESULTADOS DEL CAMBIO!
hujuliomendezb
www.hujmb.gov.co

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

CEHOCA

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

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La señora **JOHANNA MILENA URUETA CREUS** identificada con C.C 1.082.980.544 de Santa marta laboro en la clínica, desde el 21 de noviembre de 2021 al 27/10/2022, desempeñándose como **ENFERMERA** con una asignación básica de **UN MILLON DOCIENTOS MIL PESOS ($1.200.000, oo).**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (16) dieciséis días del mes de Febrero de 2023.

Cordialmente,

IRINA VANEGAS PALACIO
Gerente
Centros Hospitalarios del Caribe S.A.S

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la salud
NIT. No 900.099.151-4
Calle 23 No 14 – 46 tel 423 62 65 - 423 62 07
Cel: 314 592 76 64 – 301 501 35 10
E-mail- clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta – Magdalena

EL SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que la señora **JOHANNA MILENA URUETA CREUS,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº **1.082.980.544** expedida en Santa Marta (Magdalena), realizó turnos eventuales en esta institución como **ENFERMERA JEFE** desde el 02 de Diciembre de 2022 hasta el 15 de Enero de 2023, para reemplazo de vacaciones.

Esta constancia se expide a petición de la interesada, a los veinticuatro días (24) del de Febrero de 2023.

AMPARO CAMARGO BOHORQUEZ
Coordinadora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.082.980.544
ENFERMERA
JOHANNA MILENA URUETA CREUS
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
SANTA MARTA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2015-12-18
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 01/03/2016

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

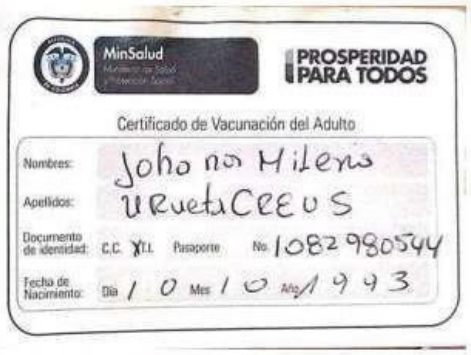
Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

Escaneado con CamScanner





Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	13-7-15	013N3001	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		13-7-15	L5046	
Contra Influenza	1	13-7-15	U5010Y7	
Virus de Papiloma Humano				
HA	1	13-7-15	AHAB75980	
Varicela	1	13-7-15	2000369	



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Escaneado con CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano	1	16/9/13	H020935	
	2	15-1-14	J010184	
	3	24-7-14	5016106	