Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	andrea carolina perez mozo
Nombre abreviado	andrea carolina perez mozo
Fecha de creación	16/07/2022 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1083019745
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Magdalena
Municipio	Santa Marta

Información de contacto

Dirección	calle 7a #13-38
Código postal	
Teléfono de oficina	3104509053
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	ancape13@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	ancape13@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	Mrs
Nombre	ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
Cargo	ENFERMERA

Teléfono	
Móvil	3104509053
Fax	
Correo electrónico	ancape13@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.019.745

PEREZ MOZO
APELLIDOS

ANDREA CAROLINA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1996
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-DIC-2014 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00666687-F-1083019745-20150211 0042854461A 3 43680560

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3

Certifica que:

ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nro. 1.083.019.745

Asistió al curso de:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI)

Con una intensidad horaria de 48 horas

Fecha de emisión 13 / agosto / 2024 **Fecha de vencimiento 12 / agosto / 2025**

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO, AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN DECRETO 3616 DE 2005, ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CUIDAD DE BOGOTÁ D.C., LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GMAIL.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

REPRESENTANTE LEGAL	GENFUTCOL	GERENTE GENERAL
DAVID LOPEZ	NIT. 901643467-3	MARTHA SILVA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1083019745,** se encuentra afiliado/a desde **10/08/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de diciembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 1083019745 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 28/12/2024 10:07 PM

Código Verificación: **KHAXUCEP3J**

Válida hasta: **29/03/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

HACE CONSTAR QUE

La enfermera **ANDREA CAROLINA PÉREZ MOZO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.083.019.745, 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 noviembre 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 por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Andrea Carolina Pérez Mozo

CC 1083019745 de Bogotá D.C

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

Fecha de emisión: 2023-06-08
Fecha de vencimiento: 2025-06-08

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3

Certifica que:

ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO

Identificado (a) con C.C. Nro. 1.083.019.745

Asistió al curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad horaria de 48 horas

Fecha de emisión 13 / noviembre / 2024 **Fecha de vencimiento 12 / noviembre / 2025**

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CUIDAD DE BOGOTÁ D.C., LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

REPRESENTANTE LEGAL	GENFUTCOL	GERENTE GENERAL
DAVID LOPEZ	GENFUTCOL NIT. 901643467-3	MARTHA SILVA

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3

Certifica que:

ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO

Identificado (a) con C.C. Nro. 1.083.019.745

Asistió al curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SALUD

Con una intensidad horaria de 48 horas

Fecha de emisión 14 / noviembre / 2024 **Fecha de vencimiento 13 / noviembre / 2025**

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CUIDAD DE BOGOTÁ D.C., LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

REPRESENTANTE LEGAL	GENFUTCOL	GERENTE GENERAL
DAVID LOPEZ	GENFUTCOL NIT. 901643467-3	MARTHA SILVA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

Aprobada por la Secretaría de Educación del Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, según resolución No. 1272 del 10 de junio de 2008 y Certificada por el Modelo Europeo de Excelencia Educativa E.F.Q.M

ACTA DE GRADO

Acta N° 072 (bis) Libro 002 Folio 142 del 06/12/2013

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL "LAURA VICUÑA"

CONSIDERANDO QUE

Pérez Mozo Andrea Carolina

Identificada con T.I. No. **96120215016** expedida en Santa Marta

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la institución, resuelve otorgarle el título de

BACHILLER TÉCNICO

Con Especialidad en Comercio

Auxiliar de Documentación y Registro de Operaciones Contables

En constancia de lo anterior se firma la presente en SANTA MARTA a los 06 días del mes de diciembre 2013

Reyes Ceballos

Reyes Isabel Ceballos Díaz

Rectora

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. 04-2834-2021

PROGRAMA:	ENFERMERÍA
CODIGO SNIES:	4176
FECHA GRADO:	09 DE ABRIL DE 2021
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.019.745 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 006 en sesión del día 12 de marzo de 2021.

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

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

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 09 DE ABRIL DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

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

VIGILADA MINEDUCACIÓN

CORPORACIÓN GENERACIONES DEL FUTURO DE COLOMBIA

NIT 901.643.467-3

Certifica que:

ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO

Identificado (a) con C.C. Nro. 1.083.019.745

Asistió al curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 48 horas

Fecha de emisión 14 / noviembre / 2024 **Fecha de vencimiento 13 / noviembre / 2025**

EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1075 DEL 2015 ARTICULO 2.6.6.8. EDUCACIÓN INFORMAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, DECRETO 4904 DE 2009 INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO AVALADO POR MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DECRETO 3616 DE 2005, DECRETO 3616 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CUIDAD DE BOGOTÁ D.C., LA PRESENTE SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA LA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO ESCANEAR EL CÓDIGO QR, SOLICITAR AL CORREO GENFUTCOL@GENFUTCOL.COM.CO O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 3205931933

REPRESENTANTE LEGAL	GENFUTCOL	GERENTE GENERAL
DAVID LOPEZ	GENFUTCOL NIT. 901643467-3	MARTHA SILVA

Laboratorio Clinico
Martinez
Dra. Patricia Martinez - Dra. Daissy Martinez

CONCEPTO MÉDICO

Fecha de consulta: 09/09/2021

Motivo de consulta: Ingreso



Información paciente

Empresa: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
Nombre completo: ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
Responsable: El mismo paciente
Cargo: ENFERMERA JEFE
Edad: 24
Estado civil: Soltero
Teléfono:
N° hijos: 0
EPS: EPS Sanitas

Empresa en misión:
Identificación: CC: 1083019745
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 02/12/1996
Genero: Femenino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección: Magdalena, Santa marta,
ARL:
AFP: Colpensiones

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, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID 19

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

Aspirante o trabajador
ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
Identificación: CC: 1083019745

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **CONSULTA EN BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC19F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 11/12/2024 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Andrea Carolina perez Mozo identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083019745 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 25 del mes de diciembre de 2024.

Firma: _____

Nombre: Andrea perez Mozo

Cédula: 1083019745

COPIA CONTROLADA

Scanned with CamScanner

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-11-13 08:12

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDREA	CAROLINA	PEREZ	MOZO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083019745

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 año gravable 2023 fueron:

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

HJMB	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: Andrea Carolina Perez Mora — Sexo: M [ ] F [✓]

Tipo de Documento: C.C. [✓] C.E [ ] T.I [ ] R.C [ ] PP [ ] — Número: 1083019795 — Expedida en: Santa Marta — Fecha de Expedición:

Estado Civil (Seleccione): Soltero [✓] Casado [ ] Divorciado [ ] U. libre [ ] Viudo [ ]

Nivel educativo: Primaria [ ] Bachiller [ ] Técnico [ ] Universidad [✓] — No. Personas a cargo: 0

Tipo de Vivienda: Propia [ ] Arrendada [✓] Familia [ ] — Zona Ubicación: Rural [ ] Urbano [✓]

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
2 12 1996	Santa Marta	calle 7a # 13-38	Santa Marta	Magdalena

Correo Electrónico: andreacarolss@hotmail.com — No. Celular: 3104504053 — Teléfono:

Ocupación (Selecciona): Estudiante [ ] Independiente [ ] Empleado [✓] Hogar [ ] Jubilado [ ] — Actividad Principal CIIU:

Detalle Actividad Económica: Enfermera — Descripción del CIIU: Actividad de Apoyo Terapeutico

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
HJMB	Publica [✓] Privada [ ] Mixta [ ] Otra, cual?	Enfermera

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
Cra 19 # 23-42	Santa Marta	Alta Vista	4316261

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? SI [ ] NO [ ]

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	2.900.000	Total Egresos mensules	2.900.000
Otros Ingresos Menuales		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?: 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:: NO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que los recursos propios y/o fondos para la apertura y operación del producto 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 ostenta 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 consignen 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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PEREZ	MOZO	ANDREA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C ● C.E ○ PAIS ○ No. 1083019745	F ● M ○	COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 02 MES 12 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 7 a n13-38

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3104509053 EMAIL ANDREACAROL555@HOTMAIL.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)

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*				*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		ENFERMERA	09	2	0	2	1	43481

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4346262	DÍA 01 MES 10 AÑO 2021	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

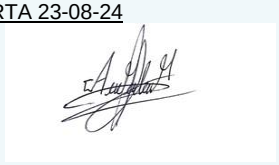
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	2	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

CIUDAD Y FECHA DE DILEGENCIAMIENTO SANTA MARTA 23-08-24



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

SANTA MARTA, DICIEMBRE 25 DEL 2024

SEÑORES

HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

NORA ELVIRA ANILLO ROMERO

GERENTE

ME pongo en contacto con usted tras haber conocido la oferta de empleo para el puesto de enfermera jefe y haber analizado que cumplo con los requisitos y con la filosofía de la institución.

A lo largo de mi experiencia he afrontado todo tipo de responsabilidades ,capacitado para ejercer como profesional en la gestión del cuidado de la persona, familia ,equipo multidisciplinario y comunidad.

Soy una persona proactiva, Competente, líder, creativa y me adapto fácilmente a los cambios para cumplir con las metas y mejoras continuas, con sentido de pertenencia.

Le agradezco su atención y la oportunidad para demostrar todo los anterior

cordialmente,



ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO

CC:1083019745 DE SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

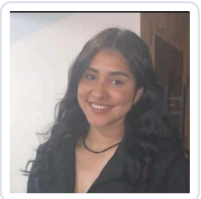
¡Información Importante!

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

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1083019745	SANTA MARTA	2024/08/07	24/08/2024, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
PEREZ	MOZO	ANDREA	CAROLINA	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Soltero(a)	O+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
2024/08/07	MAGDALENA	Santa Marta

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE7A13-38	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3104509053	3104509053	ANDREACAROL555@HOTMAIL.CC

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SAMTA MARTA	COLEGIO PABLO NERUDA

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	I.E.D LAURA VICUÑA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitar	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2021

Formación Academica (Estudios Postgrado)

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

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	ENFERMERA	2024/08/07	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
NANCY MOZO	3332561809	Madre

Referencia Personal 2:	Teléfono Referencia 2:	Parentesco:
WILLIAM PEREZ	3244514161	Padre

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Colpensiones	Positiva

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

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

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1083019745

Primer Nombre

ANDREA

Primer Apellido

PEREZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2792

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-12-28→10:00:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1083019745	ANDREA	CAROLINA	PEREZ	MOZO	Vigente

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) ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO identificado(a) con CC 1083019745 registra La siguiente información:

2024-12-28→10:00:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2021-05-04	1083019745	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
TCP	Local	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR	2015-10-06	2973	SECRETARIA DEPARTAMENTA DE SALUD DEL MAGDALENA

		EN ENFERMERIA					

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Ent Repo
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGAN COLEC ENFER

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 141143489146

(415)7707212489984(8020) 000014114348914 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 0 1 9 7 4 5	5	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 3 0 1 9 7 4 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	MOZO	ANDREA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 7 A 13 38 BRR PESCADITO

42. Correo electrónico andreacarol555@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 6 7 1 5 3 6 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 2 1 1 0 0 1				4 1 1 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que el señor(a) ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO, identificado con cédula de Ciudadanía No. 1083019745, expedida en ha suscrito con la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, los siguientes contratos de prestación de servicios:

Número de Contrato: CD20240281
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-01-06
Fecha final: 2024-01-31
Valor del contrato: 2900000
Actividades:

Número de Contrato: CD20241337
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-02-15
Fecha final: 2024-03-31
Valor del contrato: 6200000
Actividades:

Número de Contrato: CD20242617
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-04-01
Fecha final: 2024-10-31
Valor del contrato: 21700000
Actividades:

Número de Contrato: CD20245606
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-11-15

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Fecha final: 2024-12-31
Valor del contrato: 6200000
Actividades:

Así mismo se certifica que la información contenida en el presente documento es verídica y corresponde a los datos proporcionados por el usuario.

Dado en la ciudad de Santa Marta, hoy miércoles, 25 de diciembre de 2024, a las 01:21 AM

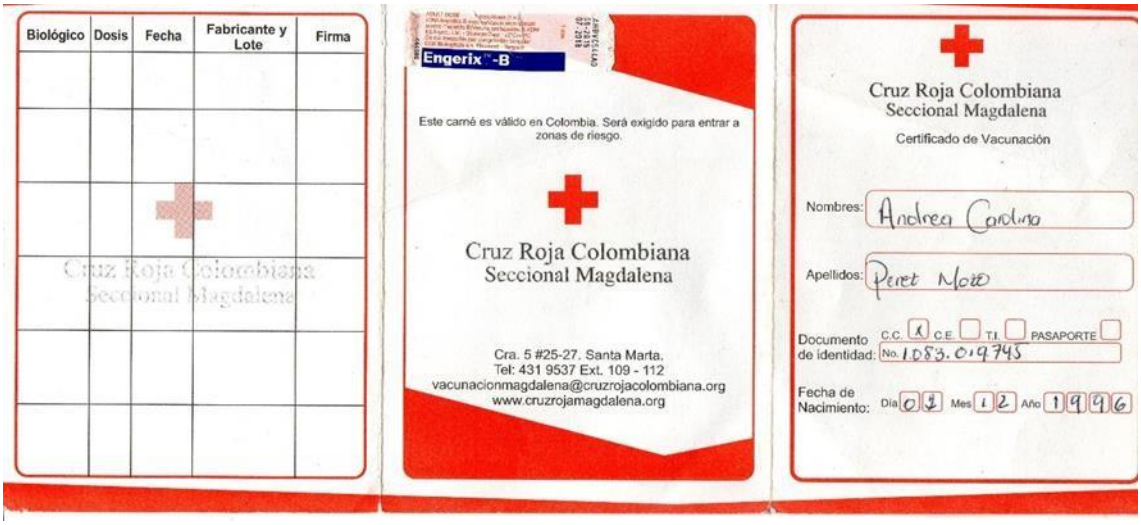
CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: cb3f976d118ffa253308d98f69051766

_____

JARID YESID THOMAS PADILLA
JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO


GOBIERNO
DE COLOMBIA
La salud
es de todos
Minsalud
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD
ENFERMERA
ANDREA CAROLINA PEREZ MOZO
C.C. 1.083.019.745
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 09/04/2021
Fecha de Inscripción en Reitus: 04/05/2021


43481
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.oceinfo.org.co
FIRMA DEL PROFESIONAL
IDéntico S.A.S.



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Engerix™-B

Este carné es válido en Colombia. Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27. Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

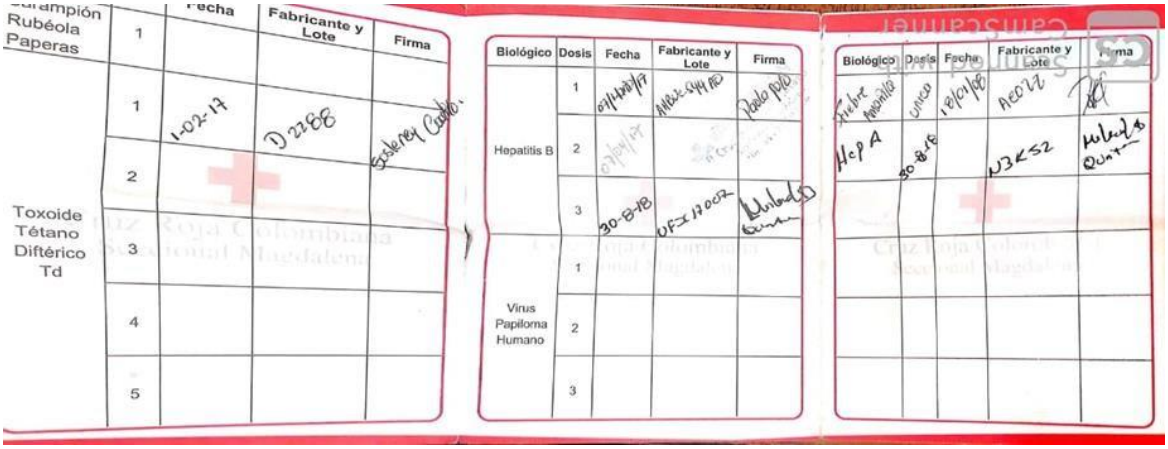
Certificado de Vacunación

Nombres: Andrea Carolina

Apellidos: Perez Mora

Documento de identidad: C.C. X C.E. ☐ T.I. ☐ PASAPORTE ☐ No. 1083.019745

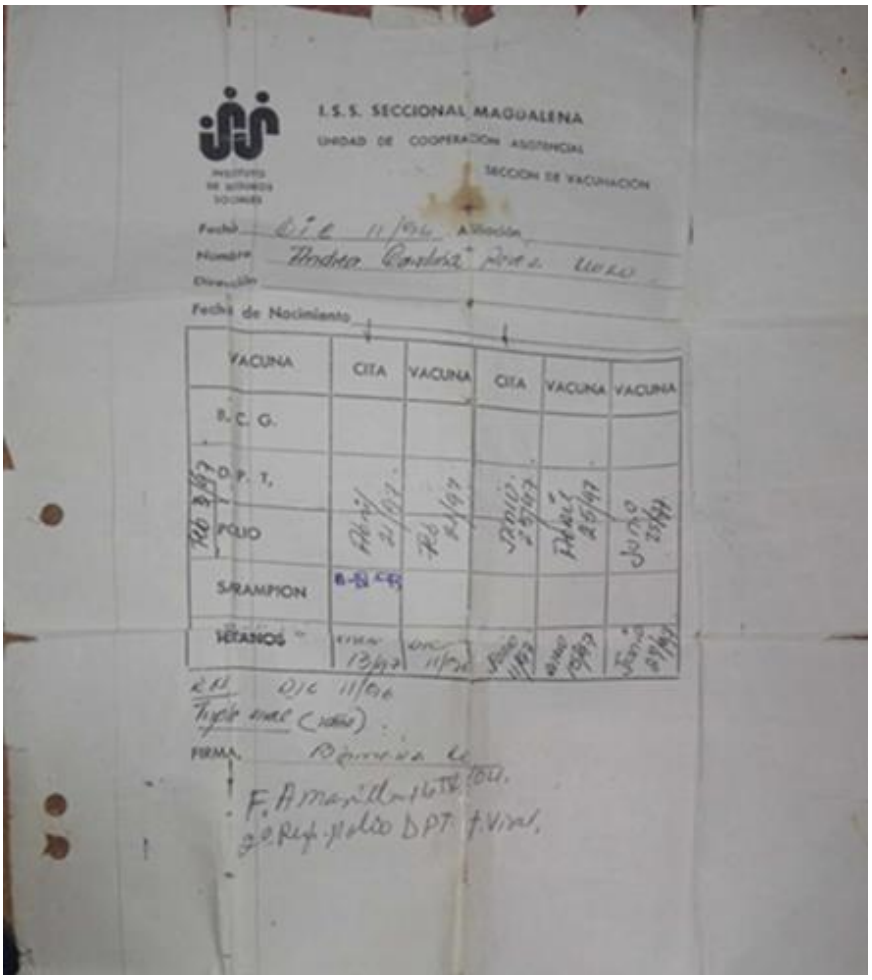
Fecha de Nacimiento: Dia 03 Mes 12 Año 1996



Sarampión Rubéola Paperas		Fecha	Fabricante y Lote	Firma
	1			
	1	1-02-17	D 2288	Esperanza Cuello.
	2			
Toxoide Tétano Diftérico Td	3			
	4			
	5			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Hepatitis B	1	01/11/17	NB2549AD	Paola Ruiz
	2			
	3	30-8-18	UFI 17002	Yuliana Quintero
Virus Papiloma Humano	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla	Unico	18/01/18	AEC22	
Hep A	30-8-18		U3K52	Yuliana Quintero



I.S.S. SECCIONAL MAGDALENA

UNIDAD DE COOPERACION ASISTENCIAL

SECCION DE VACUNACION

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

Fecha Dic 11/96 Afiliación

Nombre Andrea Carolina Pino Ucros

Dirección

Fecha de Nacimiento

VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	VACUNA
B. C. G.					
D. P. T.	Abril 21/97	Feb 4/97	Julio 25/97	Agosto 26/97	Junio 25/97
POLIO					
SARAMPION					
TETANOS					

Feb 3/97

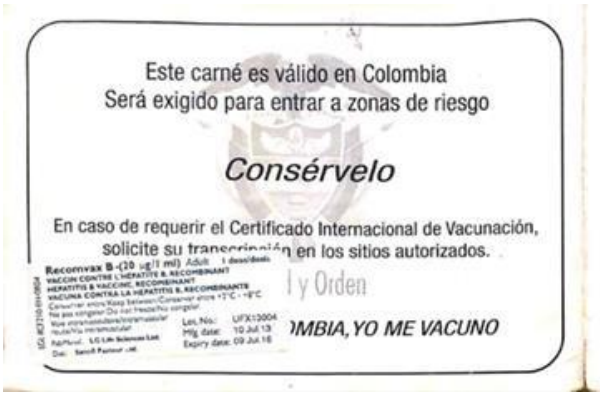
Dic 11/96

Tipo de sangre (RH)

FIRMA

F. Amarillo 16TK 100.

2a Ref. Polio DPT. F. Viral.



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Recombivax B (10 µg/1 ml) Adult 1 dose/dosis
VACCIN CONTRE L'HEPATITE B, RECOMBINANT
HEPATITIS B VACCINE, RECOMBINANT
VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B, RECOMBINANTE
Conserver entre/Keep between/Conservar entre +2°C - +8°C
Ne pas congeler/Do not freeze/No congelar
Voir encart/notice/prospecto/bijsluiter
Lot, No.: UFX13004
Mfg date: 10 Jul 13
Expiry date: 09 Jul 16

l y Orden

OMBIA, YO ME VACUNO



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: ANDREA

Apellidos: PEREZ MOZO

Documento de identidad: C.C. T.I. ✓ Pasaporte No. 961202550 16

Fecha de Nacimiento: Día. Mes. Año.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	7-04-14	024L10150	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-04-14	UFX13004	
	2			
	3			

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		7-04-14	15478	
Contra Influenza		7-04-14	V501023	
Otras				

LABORATORIO CLINICO
CONTINENTAL

PACIENTE:	**PEREZ MOZO ANDREA CAROLINA**	**Orden No.:4267029**	
INGRESO:	**2019-10-26 09:52**	**EDAD: 22 Años**	
MEDICO:	**PARTICULAR**	**SEXO: FEMENINO**	
HISTORIA:	**1083019745**	**TEL: 3228500885**	
EMPRESA:	**PARTICULAR (STA MARTA)**	**SEDE SANTA MARTA**	

Fecha Hora Impresion: 2019-10-30 22:39

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de Referencia
	INMUNOLOGIA		
ANTI HBS	**MAYOR DE 1000**	**mUI/ml**	NEGATIVO: MENOR DE 10.0 POSITIVO: MAYOR O IGUAL A 10

Bacteriologo Responsable:

RP 3138

LABORATORIO CLINICO
CONTINENTAL

PACIENTE:	PEREZ MOZO ANDREA CAROLINA	Orden No.:4247084	
INGRESO:	2018-01-24 08:38	EDAD: 21 Años	
MEDICO:	PARTICULAR	SEXO: Femenino	
HISTORIA:	1083019745	TEL: 3022676953	
EMPRESA:	PARTICULAR (STA MARTA)	SEDE SANTA MARTA	

Fecha Hora Impresion: 2018-02-15 22:41

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biologico de Referencia
	INMUNOLOGIA		
VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IGG	**26.90 NTU**		

VALORES DE REFERENCIA :

NEGATIVO : MENOR DE 9.0 NTU
POSITIVO : MAYOR DE 11 NTU
ZONA INTERMEDIA : ENTRE 9 - 11 NTU

TECNICA : IGG ELISA.

Bacteriologo Responsable:

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Andra carolina

Apellidos: Perez Mejia

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1064019745

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 12 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Doble Viral Sarampión Rubéola	1	22-04-17	01514605Y	Limpelo.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	D	22/04/17	Biomanguinhos 1673VF-0051	Silvia Cruz V.
Contra Influenza	1	22-04-17	N3887	Limpelo.
Virus de Papiloma Humano				
Hep A	1	22-04-17	20V2489	Limpelo