| E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND SANTA MARTA D.T.C.H. | **LISTA DE CHEQUEO PRE PRECONTRACTUAL CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | ALCALDÍA DE SANTA MARTA Distrito Turístico, Cultural e Histórico — Vigilado Supersalud |
|---|---|---|

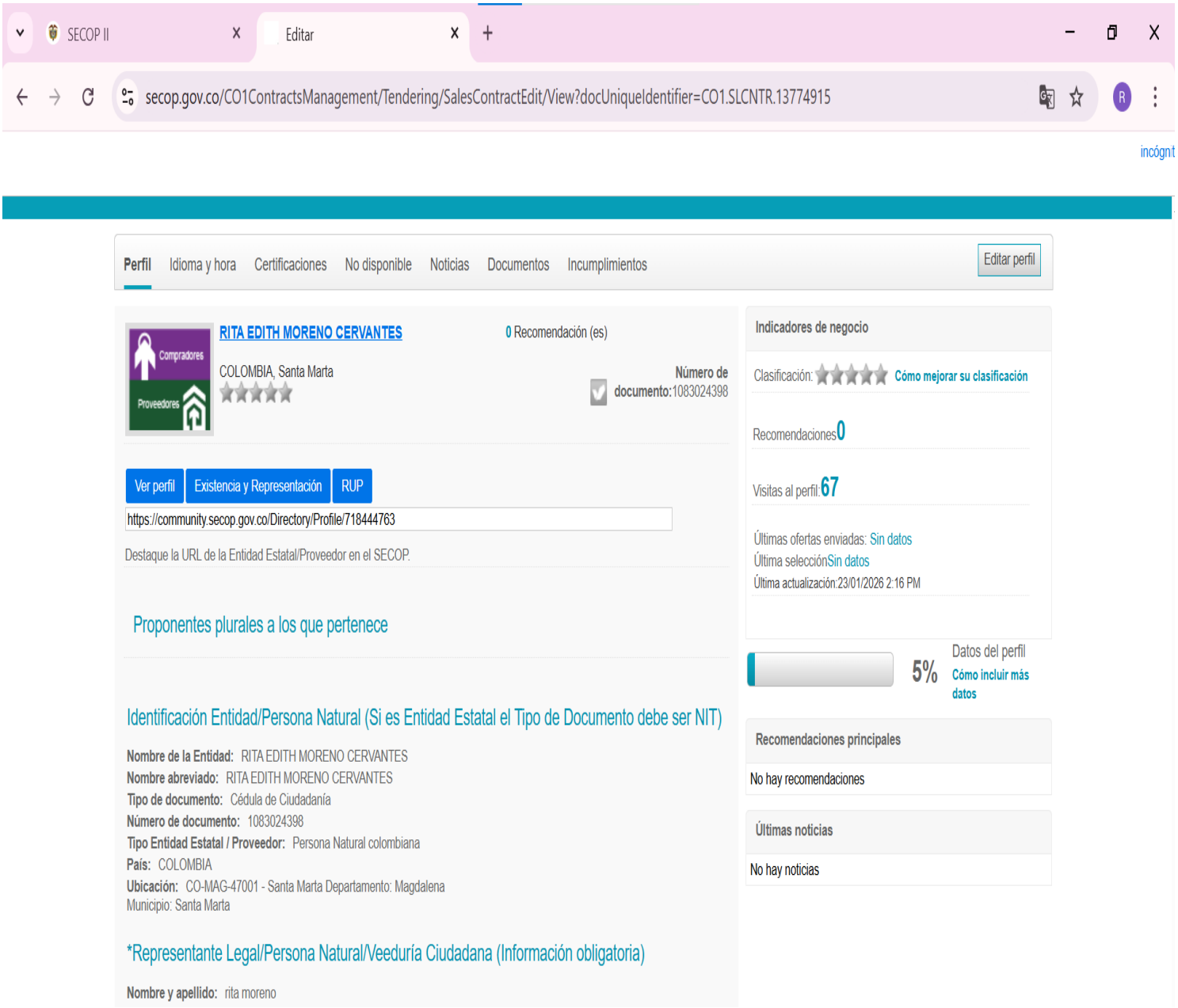
# CONVENIOS

**Código: F-M-PYM-005** **Versión: 005 | 16/diciembre/2025** **Fecha de creación: 29/MAYO/2024**

| NOMBRE CONTRATISTA | RITA EDITH MORENO CERVANTES |
|---|---|

| ITEM | DOCUMENTO | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Captura de pantalla usuario en SECOP II | X | | |
| 2 | Captura de pantalla usuario creado en la plataforma de Mi Seguridad Social | X | | |
| 3 | Propuesta de Servicios | X | | |
| 4 | Hoja de Vida **SIGEP II** si es antiguo en la ESE o Formato Unico de Hoja de Vida persona Natural en caso de ser nuevo contratista en la ESE | X | | |
| 5 | Formato de DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Descargar en la pagina: (www.funcionpública.gov.co) | X | | |
| 6 | Captura de pantalla de formato de bienes y rentas y conflicto de interes diligenciado en la pagina web anteriormente mencionada | X | | |
| 7 | Copia Cédula de Ciudadanía (imagen clara) | X | | |
| 8 | Copia Libreta militar o Certificado de definición de Situación Militar (Hombres menores de 50 años) | | | X |
| 9 | Registro Unico Tributario- RUT (Debe contar con su actividad economica acorde a la labor a desempeñar y en el número 53 del RUT contar con el código **49)** | X | | |
| 10 | Formato autorización para el tratamiento de datos personales (Diligenciar en la pagina Web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**) | X | | |
| 11 | Formato compromiso de confidencialidad y no divulgación de información (Diligenciar en la pagina Web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**) | X | | |
| 12 | Certificado registro alimentario morosos - REDAM (Vigencia de descarga: máximo 1 mes antes de la fecha de contratación) | X | | |
| 13 | Certificados académicos y actas de grado (Bachiller, Pregrado y Posgrados) | X | | |
| 14 | En caso de haber realizado estudios en el extrajero, anexar resolucion de convalidacion de titulo en Colombia (Titulo profesional) | | | X |
| 15 | Certificado de Ética - Aplica solo para: **(Titulo profesional)** | X | | |
| 16 | Tarjeta Profesional (Imagen visible y clara) | X | | |
| 17 | Resolución Secretaría de Salud Departamental Personal Asistencial. | | | X |
| 18 | RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. | X | | |
| 19 | Soportes Documentales de Estudios. - **Médicos, Jefes de enfermería y Auxiliares de enfermería:** 1)Código Gris, 2)IAMI y 3)AIEPI. -**Psicólogos:** 1)Código gris | X | | |
| 20 | Certificados de Experiencia Laboral (mínimo 1 año de experiencia relacionada) | X | | |
| 21 | Certificado de Afiliación en Salud (cotizante independiente) | X | | |
| 22 | Certificado de Afiliación en Pensión (cotizante independiente) | X | | |
| 23 | Certificado SARLAFT- Persona Natural (Diligenciado en la pagina web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**) | X | | |
| 24 | Certificado de Cuenta Bancaria | X | | |
| 25 | Examen de Ingreso Preocupacional (No mayor a 3 años de vigenia de acuerdo al profesiograma establecido para el proceso, el cual lo encontran en la pagina web **https://extranet.esealprorev.gov.co/**) | X | | |
| 26 | Poliza de responsabilidad civil medica (equivalente al 20% del valor del contrato y durante la ejecucion del mismo) **(Titulo profesional)** | | X | |

| Vb° Talento Humano | |
|---|---|
| NOMBRE | |
| CARGO | |
| FECHA | |
| FIRMA | |


SECOP II
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.13774915
incógnt
Perfil
Idioma y hora
Certificaciones
No disponible
Noticias
Documentos
Incumplimientos
Editar perfil
Compradores
Proveedores
RITA EDITH MORENO CERVANTES
0 Recomendación (es)
COLOMBIA, Santa Marta
Número de documento:1083024398
Ver perfil
Existencia y Representación
RUP
https://community.secop.gov.co/Directory/Profile/718444763
Destaque la URL de la Entidad Estatal/Proveedor en el SECOP.
Proponentes plurales a los que pertenece
Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)
Nombre de la Entidad: RITA EDITH MORENO CERVANTES
Nombre abreviado: RITA EDITH MORENO CERVANTES
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1083024398
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena Municipio: Santa Marta
*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)
Nombre y apellido: rita moreno
Indicadores de negocio
Clasificación:
Cómo mejorar su clasificación
Recomendaciones0
Visitas al perfil.67
Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:23/01/2026 2:16 PM
5%
Datos del perfil
Cómo incluir más datos
Recomendaciones principales
No hay recomendaciones
Últimas noticias
No hay noticias


ciudadano.miseguridadsocial.gov.co/Seguridad/Autorizacion/ObtenerMenuFuncionalidades
Social
Salud
INICIO
MENÚ
CENTRO DE AYUDA
SERVICIOS A LA CIUDADANÍA
ACCESO
CERRAR SESIÓN
Inicio > Inicio Ciudadano > Menú
Bienvenido al menú principal
RITA EDITH MORENO CERVANTES
Rol seleccionado: Persona Natural
Lea atentamente las instrucciones
• Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
• Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual", estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

Santa Marta, 22 de enero 2026

Señores
**E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND**

**ASUNTO:** Oferta de servicios.

Yo **RITA EDITH MORENO CERVANTES,** identificada con documento número **1.083.024.398** expedida en **Santa Marta – Magdalena**, presento mi propuesta y disposición para prestar mis servicios profesionales como enfermera para orientar el cuidado de enfermería en la prestación eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad; fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos de acuerdo con las políticas institucionales y normas vigentes. Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de convivencia y oportunidad de la contratación.
**PLAZO:** me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad de acuerdo con la necesidad del servicio.
**VALOR Y FORMA DE PAGO:** los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal.
**PERFIL:** Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de hoja de vida con su respectivo soporte legales, necesarios para contratación.

De ante mano agradezco su atención prestada.
Cordialmente,



**RITA EDITH MORENO CERVANTES**
CC. 1.083.024.398 de Santa Marta – Magdalena
Teléfono: 3166818466
Correo: ritaedith1997@gmail.com

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Moreno | Cervantes | Rita Edith |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083024398 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 01 MES 02 AÑO 1997

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO MAICAO

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

TRANSVERSAL 9 null null No 35-65 barrio el bosque

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3166818466 EMAIL rithajeanne@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 )

***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 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 07 | 2023 | 1083024398 |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 10 | 2020 | 40463 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***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* |
| UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 96 | X | | DIPLOMADO EN CUIDADO CRITICO | 06 | 2020 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 100 | X | | SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL | 02 | 2023 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 02 | 2023 |
| JYE MEDICALL | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 72 | X | | GESTIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS | 03 | 2023 |
| NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE QUEMADURAS CON AGENTES | 09 | 2023 |
| UNIVERSIDAD DE BOGOTA JORGE TADEO LOZANO | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120 | X | | ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 10 | 2023 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESO DE DUELO CON ENFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL | 11 | 2023 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60 | X | | Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio | 12 | 2023 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos | 12 | 2023 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60 | X | | Protocolo para la Toma de Pruebas Rápidas VIH, Sífilis y Hepatitis (Point of Care Testing, POCT) | 12 | 2023 |
| FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120 | X | | ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA AIEPI | 01 | 2026 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 120 | X | | ESTRATEGIA IAMI | 01 | 2026 |
| FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 80 | X | | ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL - CÓDIGO FUCSIA | 01 | 2026 |

**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* |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE ISNOS | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITUANGO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 11 | *Año* 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>ARE DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA QUINDÍO N° 25- 54 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>Clinica de fracturas tayrona | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4208313 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 06 | *Año* 2025 | *Día* | 26 | *Mes* | 09 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>017 DE 2009 COORDINADORA | *DEPENDENCIA*<br>CORRDINACION Y ADMINISTRACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 18B 22 14 BARRIO LIBERTADOR | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLÍNICA DE FRACTURAS TAYRONA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 11 | *Año* 2024 | *Día* | 05 | *Mes* | 05 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>10129/2013 COORDINADORA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRACION Y COORDINACION | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 18B 24 14 BARRIO LIBERTADOR | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 27 | *Mes* | 01 | *Año* 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 alcazares | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 11 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 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*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 12 | *Mes* | 09 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 alcazares | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA SUPERVISORA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 124 23 42 al cazares | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 02 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 01 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 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*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 10 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 08 | *Año* 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 03 | *Año* 2023 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 01 | *Año* 2023 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 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*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO ENFERMERA JEFE | | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 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*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 ALCAZARES | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4346262 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 19 | *Mes* | 01 | *Año* 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA JEFE HOSPITA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14 23 42 alcazares | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | 16 | *Mes:* | 09 | *Año:* 2024 | *Día:* | 26 | *Mes:* | 11 | *Año:* | 2024 | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 32 13 45 | | | | | | |
| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | 18 | *Mes:* | 03 | *Año:* 2024 | *Día:* | 31 | *Mes:* | 05 | *Año:* | 2024 | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 32 13 42 | | | | | | |
| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | 11 | *Mes:* | 09 | *Año:* 2023 | *Día:* | 09 | *Mes:* | 11 | *Año:* | 2023 | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 32 13 45 Av. del Libertador N° 13-45 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>MAGDALENA | MUNICIPIO<br>SANTA MARTA | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| | Día: | 22 | Mes: | 03 | Año: | 2023 | Día: | 15 | Mes: 06 | Año: 2023 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>CIENCIAS DE LA SALUD | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 32 13 45 Av. del Libertador 13-45 | | | | | | |

## 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 | 4 | 1 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 6 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 9 |

## 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, 07 de febrero del 2026

RATIA MORENO CERVANTES

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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*

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-01-23 16:18 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| RITA | EDITH | MORENO | CERVANTES |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1083024398 |
|---|---|---|---|

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 | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Av Libertador N° 25-67"] |
|---|---|

| 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 2025 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:

| |
|---|
| |

RITA EDITH MORENO CERVANTES

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

# Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

## Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

| Acciones | Declaración No. | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **3620539-01** Declaración inicial | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | 2026-01-23 16:15 | 2026-01-23 16:18 |
| | **3507868-01** Declaración inicial | EMPRESAS SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS | CONTRATISTA | INGRESO | 2026-01-14 14:24 | 2026-01-14 14:36 |
| | **2003379-01** Declaración inicial | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | CONTRATISTA | INGRESO | 2024-09-09 14:44 | 2024-09-09 14:49 |
| | **1935337-01** Declaración inicial | HOSPITAL SAN RAFAEL - FUNDACION | CONTRATISTA | INGRESO | 2024-08-02 17:46 | 2024-08-02 17:49 |
| | **1706655-01** Declaración inicial | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | 2024-03-16 23:47 | 2024-03-16 23:48 |
| | **1313097-01** Declaración inicial | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | 2023-10-24 08:52 | 2023-10-24 08:54 |
| | **1266492-01** Declaración inicial | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | CONTRATISTA | INGRESO | 2023-08-31 09:16 | 2023-08-31 09:20 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.024.398

MORENO CERVANTES
APELLIDOS

RITA EDITH
NOMBRES

Rita Moreno
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1997

CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-MAY-2015 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00712473-F-1083024398-20150604 0044412955A 1 44144333

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14996109336

(415)7707212489984(8020) 000001499610933 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 3 0 2 4 3 9 8 | 2 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 3 0 2 4 3 9 8 | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| MORENO | CERVANTES | RITA | EDITH |

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
TV 9 B 35 65

42. Correo electrónico rithajeanne@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 4 7 | 3 1 6 6 8 1 8 4 6 6 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 2 0 1 2 0 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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 MORENO CERVANTES RITA EDITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

**Finalidades del Tratamiento de Datos Personales:** La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.

**Derechos del Titular:** Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

**Aceptación y Firma:** Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 07 de enero de 2026

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA: |  |
| NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA | Rita Edith moreno cervantes |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA | 1083024398 |

Vigilado Supersalud

# COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **RITA EDITH MORENO CERVANTES,** identificado(a) con **C:C:1083024398**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

**Naturaleza de Acuerdo**
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

**Objeto del Acuerdo**
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

**Obligaciones del colaborador**
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

**Uso de la Información**

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

**Duración del Compromiso**
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

**Consecuencias del Incumplimiento**
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

**Excepciones**
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

**Firma y Aceptación**
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el **21 de ENERO de 2026**

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL COLABORADOR: |  |
| NOMBRE COLABORADOR | Rita Edith moreno cervantes |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR | 1083024398 |

# 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 1083024398 **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 21/01/2026 04:51 PM

Código Verificación: **1U7DAHR2QV**

Válida hasta: **21/04/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Nit 72253095 - 7
Resolución de Aprobación : 076 del 24 de Abril de 2001
y 550 del 1 de Octubre de 2001 / Licencia de Funcionamiento 1535 del 2 de Octubre
de 2009 / Registro de Programas 0575 y 0577 del 14 de abril de 2011
REPUBLICA DE COLOMBIA
DISTRITO TURISTICO CULTURAL HISTORICO DE SANTA MARTA
INSTITUTO DE CAPACITACION TECNOLÓGICA
BACHILLERATO POR CICLOS
4
APROBADO SEGÚN RES. Nº 1535 DEL 02 DE OCTUBRE DEL 2009,
EN EL NIVEL DE BASICAPRIMARIA, BASICA SECUNDARIA Y MEDIA POR CICLOS PARA ADULTOS
(DECRETO 3011) NIT: 32723162 – 4 COD. ICFES 115782

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H., a los 10 días del mes de Abril de 2015 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de algunos alumnos de promociones anteriores y actuales, los suscritos rector y secretaria en la rectoría del **INSTITUTO DE CAPACITACION TECNOLOGICA**, institución aprobada hasta el **CLEM VI**(Undécimo 11°) en el nivel de educación media académica de Adultos, de acuerdo al decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997, y autorizada por la secretaria de Educación del Distrito Turístico cultural e Histórico de Santa Marta, para otorgar el Titulo de Bachiller Académico, según resolución **Nº 1535 del 02 de octubre de 2009 y 0575 del 14 de Abril del 2011.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el titulo de **Bachiller Académico** al graduando cuyos nombres, Apellidos y número de documento de identidad e relacionan a continuación:

*Moreno Cervantes, Rita Edith*

**C.C 1083024398 Santa Marta (Magdalena)**

Es fiel copia tomada del acta general **Nº 13** del **22 de Abril de 2015.** Consta de (10) alumnos: comienza con el nombre de **CORONADO MEJIA, LEONOR PAOLA** cierra con el nombre **TEJEDA AVILA, MARIA ALEJANDRA** firmada por **CARLOS CABRERA OLIVERA** (Rector) y **ROSMERY TOVAR MEZA** (Secretaria).

Dado en Santa Marta, a los Diez (10) días del Mes de Abril de 2015.

**RECTOR**

Carlos Cabrera

**Lic. CARLOS CABRERA OLIVERA**
C.C 72.205.462Barranquilla (Atlántico)

**SECRETARIA**

**ROSMERY TOVAR MEZA**
C.C 32.871.366 Soledad (Atlántico)

Santa Marta
Cra. 24 No 14 - 50 Barrio Jardin Tels: 434 97 49 - 421 8753
Cels: 300 446 1625 - 313 599 1765 Email: ict_santamarta@hotmail.com
Htt://ictsantamarta.com.co Santa Marta - Magdalena

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Barranquilla
Centro Informativo: Cra 27 No. 43 - 12
Tels: 3790059, 3798086
Calle 43 No. 26 -80

Sede 27: Calle 43 No 27 -09
pbx: 3790059
Sede Norte. Calle 82 No 42g - 32
Tel. 3736812

Cartagena
Centro Informativo: Calle Ebro Cra 44d No 30a 37
Tel: 6629651, 6629471
Sede Ebro 2: Calle Ebro Cra 44d No 30a-50
Tel: 6626612

Sabanalarga
Calle 22 No 16-05
Tels: 8783264,8781273
Arjona
Calle 20 de julio transv 44 No 52 - 184
Tel: 6294818, Cel: 3013320802

La Republica de Colombia

Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

# INSTITUTO DE CAPACITACIÓN TECNOLÓGICA

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado Según Resolución No. 0078 del 11 de Febrero del 2003,
Resolución No. 0086 de mayo del 2004
Renovacion de licencia N° 1535 del 02 de Octubre del 2009,
N° 0575 del 14 de Abril del 2011
Emanadas por la Secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

## *Rita Edith Moreno Cervantes*

*CC 1.083.024.398 Santa Marta (Magdalena)*

El Titulo de:

## *Bachiller Académico*

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas de estudio vigentes, contemplados en el proyecto Educativo Institucional, (Decreto 3011, Educación Formal de Adultos)

Director

Secretaria

Dado en Santa Marta, a los 10 días del mes de Abril del 2015

Anotado en el folio N° 027 Libro de Registro N° .001

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. 04-2456-2020

| | |
|---|---|
| PROGRAMA : | ENFERMERÍA |
| CODIGO SNIES: | 4176 |
| FECHA GRADO: | 30 DE OCTUBRE DE 2020 |
| LUGAR: | UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA |

En atención a que RITA EDITH MORENO CERVANTES
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.024.398 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 026 en sesión del día 05 de octubre de 2020.

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 30 DE OCTUBRE DE 2020

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

VIGILADA MINEDUCACIÓN

044094

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 30 de Diciembre de 1965 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

En atención a que

## RITA EDITH MORENO CERVANTES

con cédula de ciudadanía No. 1.083.024.398 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 30 de Octubre de 2020

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ruiz T
Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0040420201 Folio No. 069 Registro No. 0686 Refrendado en Santa Marta el día 29 de Octubre de 2020

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortes Londoño

051752

COPIA·DIGITAL·AUTÉNTICA···

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UTADEO
UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

# LA UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA NO. 2613 DE 1959 MINJUSTICIA
CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

## Rita Edith Moreno Cervantes

C.C. 1083024398 de Santa Marta

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

## Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL,
A LOS 13 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2023

RECTOR

DECANO

Ana María Cepeda M
SECRETARIA GENERAL

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 28 FOLIO 202 REGISTRO No. 242357
LIBRO DE ACTAS DE GRADO No. 10 FOLIO 603 ACTA DE GRADO No. 0910
DIPLOMA No. 047044

UTADEO
Código de Seguridad: 1707-AA-004122

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Código Seguro de Verificación: 7hXARXDnKn3dL5nd

# Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, RITA EDITH MORENO CERVANTES, con CC No. 1083024398, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 21 de enero de 2026.

Atentamente

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

GOBIERNO DE COLOMBIA

La salud es de todos Minsalud

## ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

### ENFERMERA



**RITA EDITH MORENO CERVANTES**
**C.C. 1.083.024.398**
**Universidad Cooperativa De Colombia**
**Santa Marta**
**Fecha de Expedición Diploma: 30/10/2020**
**Fecha de Inscripción en Rethus: 23/11/2020**

*40463*

*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**

S.A.S.



web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1083024398 | RITA | EDITH | MORENO | CERVANTES | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) RITA EDITH MORENO CERVANTES identificado(a) con CC 1083024398 registra La siguiente información:

2026-01-22 7:04:07 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2020-11-23 | 1083024398 | 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).

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Rita Edith Moreno Cervantes*

## *CC 1083024398 de Santa Marta - Magdalena*

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

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-01-17
Fecha de vencimiento: 2028-01-17

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Rita Edith Moreno Cervantes*

## *CC 1083024398 de Santa Marta - Magdalena*

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

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-01-21
Fecha de vencimiento: 2028-01-21

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Rita Edith Moreno Cervantes*

## *CC 1083024398 de Santa Marta - Magdalena*

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

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-01-19
Fecha de vencimiento: 2028-01-19

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

TAYRONA
CLINICA DE FRACTURAS

Santa Marta D.T.C.H septiembre 26 del 2025

**CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA IPS SAS**

**SE PERMITE CERTIFICAR:**

Que la Señora **RITA EDITH MORENO CERVANTES**, con Cédula de Ciudadanía 1.083.024.398, laboró en nuestra empresa como **COORDINADORA ASISTENCIAL,** desde el 16 de junio del 2025 hasta el 26 de septiembre del 2025.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los veintiséis (26) días del mes de septiembre del 2025.

Atentamente,

**JULIETA GONZÁLEZ MONTERO**
**Coord. Administrativa y Talento Humano**
**Clínica de Fracturas Tayrona IPS SAS**

# 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) RITA EDITH MORENO CERVANTES, identificado con cédula de Ciudadanía No. 1083024398, expedida en  ha suscrito con la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, los siguientes contratos de prestación de servicios:

Número de Contrato: CD20240405
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-01-11
Fecha final: 2024-01-31
Valor del contrato: 3100000
Actividades:

Número de Contrato: CD20241462
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-02-16
Fecha final: 2024-03-31
Valor del contrato: 6600000
Actividades:

Número de Contrato: CD20242742
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-04-01
Fecha final: 2024-08-31
Valor del contrato: 16500000
Actividades:

Número de Contrato: CD20244698
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O)

# CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-09-12
Fecha final: 2024-10-31
Valor del contrato: 6600000
Actividades:

Número de Contrato: CD20245896
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2024-11-06
Fecha final: 2024-12-31
Valor del contrato: 6600000
Actividades:

Número de Contrato: CD20250843
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
Fecha de inicio: 2025-01-27
Fecha final: 2025-03-31
Valor del contrato: 10800000
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, 19 de marzo de 2025, a las 04:15 PM

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 8b38c17ebcf04ff3cd029f5eb4058d02**

_____

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

TAYRONA

Santa Marta D.T.C.H, 2 de Mayo de 2025

**LA SUSCRITA COORDINADORA JURIDICA DE LA CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA IPS SAS**

**CERTIFICA:**

Que la funcionaria; Sra. **RITA MORENO CERVANTES,** identificada con la cédula de ciudadanía N° 1083024398 de Santa Marta, laboró para nuestra Institución, en el cargo de **COORDINADORA ASISTENCIAL** y bajo la modalidad contractual de un contrato a término fijo inferior a 1 año; desde el 8 de noviembre de 2024 hasta el 5 de mayo de 2025.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los dos (2) días del mes de mayo del año dos mil veinticinco (2025).

Atentamente.

**EILEEN CAROLINA FLOREZ DE LA ROSA**
**Coordinadora Jurídica**
**Clínica de Fracturas Tayrona IPS SAS**
**Nit. 900.553.752-8**

**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, **RITA EDITH MORENO CERVANTES**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **No. 1.083.024.398** 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. **783** de fecha 19 de enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 19 de enero al 31 de marzo de 2021, por un valor de SEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS PESOS ($6.326.700).
2. No. **1368** 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).
3. No. **2498** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
4. No. **3543** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA Y DEMÁS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

5. No. **796** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2022, por un valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($9.300.000).
6. No. **1395** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio de 2022, por un valor de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($12.400.000).
7. No. **CD20222880** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de agosto al 31 de diciembre de 2022, por un valor de QUINCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($15.500.000).
8. No. **CD20230452** de fecha 15 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 20 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($6.200.000).
9. No. **CD20231753** de fecha 05 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($9.300.000).



Powered by CamScanner

10. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231753**, con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS ($3.100.000).
11. No. **CD20232654** de fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de julio al 31 de julio de 2023, por un valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS ($3.100.000).
12. No. **CD20233181** de fecha 02 de agosto de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 08 de agosto al 30 de septiembre de 2023, por un valor de SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($6.200.000).
13. No. **CD20233821** de fecha 02 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de NUEVE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($9.300.000).
14. No. **CD20240405** de fecha 02 de enero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de enero al 31 de enero de 2024, por un valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS ($3.100.000).
15. No. **CD20241462** de fecha 04 de febrero de 2024, con un plazo de ejecución contado a partir del 16 de febrero al 31 de marzo de 2024, por un valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($6.600.000).
16. No. **CD20242742** 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 DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($16.500.000).

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, EN VIRTUD DE LAS ANTERIORES ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

**ACTIVIDADES CONTRACTUALES**

- Durante su turno planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de la Empresa social del Estado de acuerdo a los planes y programas establecidos.
- Durante el turno direccionar los procesos para el desarrollo de las funciones a cargo de las diferentes dependencias y servidores, garantizando la articulación y complementariedad de los niveles de la organización dentro de una concepción participativa de la gestión y procedimientos eficaces de la evaluación, control y seguimiento de las metas y políticas de la empresa.
- Actualizar el Plan de emergencia conforme a las condiciones de expansión de los distintos servicios. Dirigir su activación mientras se reúne comité de emergencias.
- Mantener canal de comunicación permanente con los lideres de procesos y con la alta gerencia para reporte de novedades e Inoportunidades para su gestión por supervisores e Interventores.
- Presentar un informe diario al gerente y subgerente científico en aspectos de funcionamiento de servicios.
- Presentar informe de los indicadores de Enfermería mensual y trimestral al subgerente científico y a la profesional Especializado de la Unidad Funcional de Enfermería.
- Elaborar y/o actualizar el diagnóstico situacional de supervisión basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; realizar plan de mejoramiento y activar planes de emergencia en caso que sea necesario.
- Supervisión diaria a los servicios asistenciales: Plan padrino materno Perinatal, Consulta externa, Ambulancia, Urgencias, Esterilización, Pediatría, Gineco-



Powered by CamScanner

Obstetricia, Ginecología, Quirúrgica, Infectología, Medicina Interna, Psiquiatría, PAI, Lactancia materna, Familia canguro, psiquiatría.

- Presentar informe mensual de no conformidades y/o inoportunidades para la correspondiente glosa por parte de supervisores e interventores de contrato.
- Verificación del censo, camas institucionales, cada 12 horas. `
- Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de pacientes, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los se vicios.
- Supervisar que la entrega y recibo de turnos y realice de acuerdo al protocolo establecido por la institución.
- Supervisar la gestión científica y administrativa para la correcta operación de los servicios.
- Apoyo en la realización y análisis de los indicadores de Institucionales.
- Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios.
- Verificar la asepsia de los servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo.
- Verificar que se registren en los formatos de asepsia, equipos biomédicos, carro de paro, bitácoras ingreso y egreso de pacientes, nacidos vivos, bitácoras de enfermería, registros de elementos de protección personal, asignación de pacientes y roles, reservas de hemoderivados, lavandería, muestras sanguíneas, etc.
- Verificar plan de mejora de acuerdo a los inconvenientes que se encuentren en los diferentes servicios.
- Verificar la actualización diaria de los registros de los pacientes en el tablero con camas reservadas.
- Supervisar que el personal a cargo cumpla con sus funciones asignadas en todos los servicios
- Analizar y evaluar la cantidad y categoría del personal de enfermería que se requiere según la ocupación de los servicios, trasladas si es necesario para resolver ausentismos.
- Solucionar los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente.
- Evaluar al personal directa e indirectamente en toda la institución.
- Elaborar, Socializar e implementar instrumentos de supervisión y evaluación del personal.
- Vigilar la conservación y uso adecuado de la capacidad instalada de los servicios.
- Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición.
- Vigilar el cumplimiento de principios y valores éticos.
- Fomentar la creatividad e innovación con el fin de mejorar la calidad y calidez en la atención de enfermería.
- Vigilar la administración correcta de prescripciones médicas.
- Garantizar la aplicación correcta de técnicas y procedimientos de enfermería en la atención al paciente.
- Participar en la atención y seguimiento de pacientes de alto riesgo (Materno perinatal).
- Establecer estrategias que garanticen la satisfacción del usuario.
- Vigilar el uso adecuado de registros de enfermería: Expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación y otros.
- Supervisar y Orientar al personal sobre manejo de elementos de protección personal y segregación adecuada de los residuos hospitalarios ` (PGIRHS).
- Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente.



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

Powered by CamScanner

- Participar en la actualización de documentos e instrumentos técnico administrativos de la unidad de Enfermería.
- Informar al jefe inmediato de forma escrita de cualesquiera anomalías que se presente en los servicios.
- Participar en los comités y reuniones internas de la institución y que sean delegada por la jefe inmediata.
- Participar en la actualización de los protocolos, guías e instructivos manejados por la institución.
- Realizar las demás funciones que se le sean asignadas por el jefe inmediato de acuerdo a la naturaleza del cargo.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los veinticuatro (24) días del mes de abril de 2024.

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

**ELABORÓ:** INGRID JHOANA OSPINO LIZCANO.
APOYO ADMINISTRTIVO OFICINA JURIDICA.



Powered by CamScanner

CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE

**LA SUSCRITA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE LA CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE**

INSTITUCIÓN DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
APROBACION OFICIAL RESOLUCIONES S.E.D. No. 0166 de 1995 / 0516 DE 2011

**CERTIFICA QUE**:

**RITA EDITH MORENO CERVANTES**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.083.024.398 expedida en Santa Marta, se ha desempeñado como Asesora Pedagógica de la Carrera de Auxiliar de Enfermería en el área de Supervisión de Prácticas, en nuestra Institución, mediante la modalidad de Órdenes de Servicios, en los siguientes períodos académicos:

- 22 de marzo al 15 de junio de 2023
- 11 de septiembre al 9 de noviembre de 2023
- 18 de marzo al 31 de mayo de 2024
- 16 de septiembre al 26 de noviembre de 2024

**Desempeños Supervisora de Enfermería:**

- Realizar proceso de inducción en cada rotación
- Realizar asignación de pacientes para caso clínico
- Realizar recibo y entrega de turno
- Apoyar el estudiante en la preparación y administración de medicamentos
- Realizar valoración del estado de salud del paciente.
- Realizar los cambios de posición a pacientes en cama
- Realizar el control de drenajes.
- Realizar Toma de Constantes vitales.
- Realizar toma de muestra de sangre para laboratorios.
- Realizar el manejo de canalización de pacientes.
- En caso de que precise, hacer glucometría y administrar insulina.
- Revisar la preparación preoperatoria de los pacientes con orden para cirugía
- Revisión y colocación de drenajes, sonda vesical, sonda nasogástrica.
- Revisión apósitos de heridas quirúrgicas
- Realizar curaciones de Heridas y úlceras por Presión
- Realizar los registros clínicos correspondientes a cada paciente
- Realizar toma de electrocardiogramas
- Realizar exposición de caso clínico por parte de los estudiantes y evaluaciones en cada rotación

Se expide la presente a solicitud de la interesada, en la ciudad de Santa Marta, el día 17 del mes de enero de 2026.

Atentamente,

**MARTHA ISABEL BALLESTEROS FRADE**
Directora Administrativa

**CERTIFICA**

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|---|
| **Datos del COTIZANTE** | |
| **CC 1083024398 RITA EDITH MORENO CERVANTES** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | **ACTIVO-NUEVO DEC 2353** |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **236** |
| Fecha Afiliación: | **01/08/2008** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 21 de Enero de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

**Nueva EPS S.A.**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MORENO CERVANTES RITA EDITH** identificado(a) con **CC** número **1.083.024.398** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de diciembre de 2020 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 14 de enero de 2026.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

# FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 | Versión: 003 | 11/ene/2025 | Fecha de creación: 06/feb/2023

## DATOS PERSONA NATURAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de documento | CC | Número de documento | 1083024398 | Lugar de expedición | Santa marta | | |
| Primer apellido | Moreno | Segundo apellido | Cervantes | Nombres | Rita Edith | | |
| Nacionalidad | COLOMBIANA | Dirección de domicilio | CARRERA 69 #40 – 40 MARIA CECILIA. SECTOR YUCAL | | | | |
| Departamento | MAGDALENA | Ciudad \| Municipio | SANTA MARTA | Correo electrónico | Ritaedith1997@gmail.com | | |
| Número de contacto | 3166818466 | Lugar de nacimiento | Santa marta | Fecha de nacimiento | 01-02-1997 | Estado civil | UNIÓN LIBRE |
| Actividad principal que desempeña actualmente | Enfermera | | | | | Código actividad en RUT (4 dígitos) | 8692 |

## REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y nombres | Milena Moreno | Dirección | Torres del cisne F103 | Teléfono | 3218509829 |
| Apellidos y nombres | Hercules moreno | Dirección | Av del rio | Teléfono | 3218509829 |

## PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Maneja recursos públicos? | Si [ ] | No [X] | ¿Tiene reconocimiento público? | Si [ ] | No [X] | ¿Ejerce algún grado de poder público? | Si [ ] No [X] |
| ¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta? | Si [ ] | No [X] | ¿Cuál? | | | | |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso mensual | 0 | Otros ingresos mensuales | 0 | Total ingreso mensuales | 0 | Total egresos mensuales | 0 |
| Total activos | 0 | Total pasivos | 0 | Información financiera a corte | | | |
| Indique el concepto de otros ingresos | | | | | | | |

## INFORMACIÓN BANCARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad bancaria | BANCOLOMBIA | Número de cuenta | 78 | Tipo de cuenta | AHORRO |
| Entidad bancaria | | Número de cuenta | | Tipo de cuenta | |
| Entidad bancaria | | Número de cuenta | | Tipo de cuenta | |

## OPERACIONES INTERNACIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Realiza negocios en moneda extranjera? | Si [ ] No [X] | Tipo de cuenta | |
| | | ¿Cuál? | |

## INFORMACIÓN BANCARIA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿Tiene productos financieros en moneda extranjera? | Si [ ] No [X] | Tipo de producto | | Número de producto |
| | | Entidad financiera | | País |

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

**1.** Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

**2.** Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
**3.** La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
**4.** De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
**5.** Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
**6.** Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

## DECLARACIONES ADICIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | SI | NO | X | ¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton? | SI | NO | X |

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

| | |
|---|---|
| SI | X |
| NO | |

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Rita Moreno C.

Vigilado Supersalud



@esealejandroprosperor ESE Alejandro Próspero Reverend @esealejandroprosperor
gerencia@esealprorev.gov.co

**FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL**

# Certificación Bancaria

Miércoles, 14 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que RITA EDITH MORENO CERVANTES identificado(a) con CC 1083024398, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros | 78174447356 | 2024-11-12 | ACTIVO | ***** |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

## SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.

901127782-6

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-02-07 09:19:17

**LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM**

## DATOS DEL TRABAJADOR



**PACIENTE:** RITA EDITH MORENO CERVANTES

**ID:** CC 1083024398

**FECHA DE NACIMIENTO:** 1997-02-01

**EDAD:** 29 Años

**TEL.** 3166818466

**DIRECCION:** TRASNVERSAL 9B # 35-65 SANTA MARTA (MAGDALENA)

**SEXO:** F

**CONVENIO:** ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

**ESTADO CIVIL:** SOLTERO

**EPS:** NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A - NUEVA EPS

**CARGO:** ENFERMERA JEFE

**Trabajo en Alturas :** --

**Manipulación de Alimentos :** --

**Espacios Confinados:** --

## TIPO DE EXAMEN

- [x] **INGRESO**
- [ ] **PERIODICO**
- [ ] **RETIRO**
- [ ] **EGRESO**
- [ ] **ESPACIOS CONFINADOS**
- [ ] **ÉNFASIS EN ALTURA**
- [ ] **MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**
- [ ] **POSTINCAPACIDAD**
- [ ] **MEDICINA GENERAL**
- [x] **OTRO** **CUAL:** Evaluacion Psicologia, Rx de columna lumbosacra y Rx de torax

## EXÁMENES A REALIZAR

- [ ] AUDIOMETRIA
- [ ] ELECTROCARDIOGRAMA
- [ ] ESPIROMETRIA
- [ ] EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
- [x] VISIOMETRIA
- [x] EXAMEN OSTEOMUSCULAR
- [ ] TAMIZAJE VISUAL
- [ ] PERFIL LIPÍDICO
- [x] LABORATORIOS
- [ ] PSICOTECNICO
- [ ] EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

**OTRO:** Glicemia, Hemograma, Examen de esputo TBC y Examen de sustancias psicoactivas (Cocaina y Marihuana)

## RECOMENDACIONES

**Higiene postural** SI **Pausas activas:** SI **Restricción para el manejo de cargas:** NO **Uso epp:** SI

**Edu. en manejo cargas:** NO **Fomento de hab. saludables :** SI -

**Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

**2. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

**3. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

**4. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

**5. Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

**Remision:**

**Observaciones:**

EXAMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: NORMAL
- VISIOMETRIA: NORMAL
- EVALUACION PSICOLOGICA: NORMAL
- RAYOS X DE COLUMNA LUMBOSACRA: NORMAL
- RAYOS X DE TORAX: NORMAL
- GLICEMIA: NORMAL
- HEMOGRAMA: NORMAL
- EXAMEN DE ESPUTO (TBC): NEGATIVO

**SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S.**
901127782-6
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
FECHA: 2026-02-07 09:19:17
**LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL 0460 SSM**

- COCAINA EN ORINA: NEGATIVO
- MARIHUANA EN ORINA: NEGATIVO
- ALCOHOL EN SALIVA: NEGATIVO
- HEPATITIS B: NEGATIVO

## CONCEPTO

**Concepto de Ingreso:** APTO SIN RESTRICCIONES

**Concepto Retiro:** --

**Concepto Periódico :** --

**Observaciones:**

1. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
2. HIGIENE POSTURAL Y DE CARGA
3. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

| CONDUCTA | | |
|---|---|---|
| • Conducta de manejo médico:<br>☐ a. Continuar manejo médico<br>☐ b. Remisión a EPS.<br>☐ c. Seguimiento por la ARL. | • Conducta médica laboral:<br>☑ a. Educación en higiene postural.<br>☑ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal. | • Cond. sobre háb. y estilos de vida saludables:<br>☑ a. Actividad física regular.<br>☑ b. Educación en alimentación saludable.<br>☐ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales.<br>**Otro:** |

• Recomendaciones específicas:

☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.
☐ b. Restricción para manejo de cargas.
☐ c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

**Otras:**

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM: 0556 S.S.M - LIC. 11030
UNIMETRO - UNINORTE

SANTANDER ANTONIO MARQUEZ BUSTAMANTE
**ESP.** SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
**R.M.** 0556 S.S.M. LIC. S.O. 1301 - S.S.M.

Rita Moreno C.

**PACIENTE:** RITA EDITH MORENO CERVANTES
**ID:** CC 1083024398

De conformidad con lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012, El presente documento, forma parte de la historia clínica ocupacional y su custodia y disponibilidad para los fines legales pertinentes será responsabilidad nuestra .

DIR. CRA 24 #19-07 - TEL. 3187691250 - E-MAIL: Serviciosmedicosamb19@gmail.com
SANTA MARTA - COLOMBIA

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 517fd120-e063-4102-93dc-caf244100df8

Nombres y apellidos / Full name: **RITA EDITH MORENO CERVANTES**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1083024398**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/02/1997**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3166818466**

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Única | 26 | 7 | 2017 | | 167VFC032Z | STA MARTA CENTRO DE SALUD BAST | Jorge Eliecer Diaz Barliz |
| TD Adulto | Primera | 26 | 7 | 2017 | | D2299 | STA MARTA CENTRO DE SALUD BAST | Jorge Eliecer Diaz Barliz |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 27 | 7 | 2017 | | ufx16003 | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | luz stella rojas villabona |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 4 | 9 | 2017 | | UFX16004 | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | luz stella rojas villabona |
| Hepatitis A Adultos Particular | Segunda | 4 | 9 | 2017 | | N1B08 | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | luz stella rojas villabona |
| TD Adulto | Segunda | 27 | 1 | 2018 | | 221501316A | SANTA MARTA Nueva EPS Jardin | sandra valencia carvajal |
| DPTa Acelular Adulto Particular | Única | 6 | 3 | 2018 | | c5174ad | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | luz stella rojas villabona |
| Hepatitis B Adultos Particular | Tercera | 6 | 3 | 2018 | | uf17002 | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | luz stella rojas villabona |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 27 | 8 | 2018 | | UI928AC | STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA | luz stella rojas villabona |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 15 | 12 | 2020 | | V50220011 | SANTA MARTA Nueva EPS Jardin | TERESA TAMARA ARGUELLES |
| COVID PFIZER | Primera | 20 | 2 | 2021 | | EN1194 | STA MARTA HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | yeicyka mabel pinto mendez |
| COVID PFIZER | Segunda | 13 | 3 | 2021 | | EN1195 | STA MARTA HOSPITAL UNIVERSITARIO FERNANDO TROCONIS | yeicyka mabel pinto mendez |
| COVID SINOVAC | Primer Refuerzo | 27 | 2 | 2023 | Sinovac | B202109143 | STA MARTA CASALUD IPS | KAREN MARGARITA OBREGON CAMPO |
| Antirrábica Humana Intramuscular Pre Exposición | Primera | 3 | 11 | 2023 | Serum | 1480M091 | HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | ERIKA PATRICIA AGUIRRE RAMIREZ |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 517fd120-e063-4102-93dc-caf244100df8

Nombres y apellidos / Full name: **RITA EDITH MORENO CERVANTES**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1083024398**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **01/02/1997**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3166818466**

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

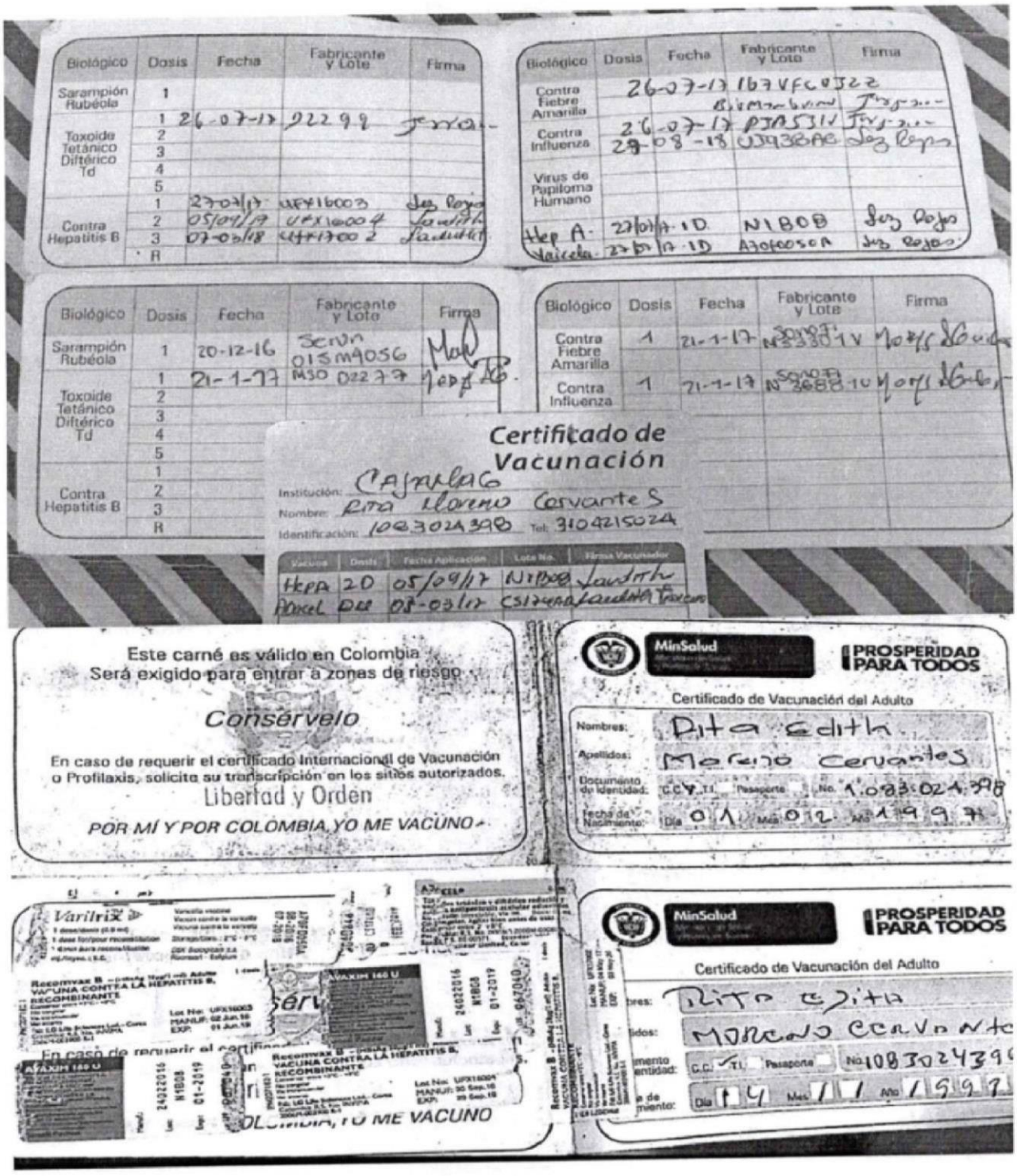
El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 26-07-17 | 22299 | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 27/07/17 | UFX16003 | |
| | 2 | 05/09/17 | UFX16004 | |
| | 3 | 07-03/18 | UFX17002 | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | 26-07-17 | 1B7VFC0322 | |
| Contra Influenza | | 26-07-17 | P3A531V | |
| | | 29-08-18 | U3938AE | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| Hep A | | 27/07/17 | N1B0B | |
| Varicela | | 27/07/17 | A3F00S0A | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 20-12-16 | Serum 015M9056 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 21-1-17 | M30 D22273 | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 21-1-17 | Sanofi M33301V | |
| Contra Influenza | 1 | 21-1-17 | Sanofi N3688-10 | |

**Certificado de Vacunación**

Institución: CAJANLAG

Nombre: Rita Marino Cervantes

Identificación: 1083024398 Tel: 3104215024

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepa | 20 | 05/09/17 | N1B0B | |
| Pfizer | DU | 08-03/17 | CS17400A | |

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

*Conservelo*

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: Rita Edith

Apellidos: Marino Cervantes

Documento de Identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1.083.024.398

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 02 Año 1997

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Rita Edith

Apellidos: Marino Cervantes

Documento de Identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1083024398

Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 1 Año 1997