



Libertad y Orden

### FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Hernandez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Mercado		NOMBRES Anyelina	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1001799071		SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="06"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2001"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Kra 57 #32- 45A		
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA	DEPTO ATLÁNTICO		
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SABANAGRANDE			
MUNICIPIO PONEDERA		TELÉFONO	EMAIL anyelinahermercado@gmail.com		

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2018
										<input checked="" type="checkbox"/>				

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	11	2020	08 - 2334 DE 2021

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)

3

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	10	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 SUR 33 40 SUR CRA 40 CALLE 33 ESQ						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	10	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 SUR 33 40 SUR CRA 40 CALLE 33 ESQ						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i> 3759400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	10	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2022	<i>Día</i>		<i>Mes</i>		<i>Año</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 SUR 33 40 SUR CRA 40 CALLE 33 ESQ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOGAR SALUD IPS				<i>PÚBLICA</i>		<i>PRIVADA</i> X		<i>PAÍS</i> COLOMBIA						
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> BARRANQUILLA					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>						
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>					
			<i>Día</i>	19	<i>Mes</i>	10	<i>Año</i>	2021	<i>Día</i>	15	<i>Mes</i>	01	<i>Año</i>	2022
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> AUXIAL DE ENFERMERIA			<i>DEPENDENCIA</i> SERVICIO DE SALUD DOMICILIARIA					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 56 72 129						

4

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5

**TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

6

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

SOLEDAD ATLANTICO 01/01/2024

*Angelina Hernandez H*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

\_\_\_\_\_  
*Ciudad y fecha*

\_\_\_\_\_  
*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



**FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
-------------------

1. DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, ANYELINA HERNANDEZ MERCADO				
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.001.799.071 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País COLOMBIA	Departamento ATLANTICO	Municipio SABANAGRANDE		
Dirección KRA 57 No 32 - 45A		Teléfonos 3244664572		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO		
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, <b>PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE</b> , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO	VALOR			
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	19.200.000			
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS				
GASTOS DE REPRESENTACION	-			
ARRIENDOS	-			
HONORARIOS	-			
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-			
<b>TOTAL</b>	\$	19.200.000		
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR		

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** **NOx** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOLEDAD ATLANTICO 01/01/2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

		<b>CONCEPTO DE APTITUD LABORAL</b>			FOTO	
<b>FECHA</b>	20/12/2023	<b>EMPRESA</b>	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD			
<b>TIPO DE EXAMEN:</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>C.C</b>	<b>CIUDAD DE EXPEDICION</b>	<b>CARGO</b>	
INGRESO	ANYELINA HERNANDEZ MERCADO		1.001.799.071	PONEDERA	AUX DE ENFERMERIA	
<b>A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES</b>						
<b>EXAMEN MEDICO</b>	<b>AUDIOMETRIA</b>	<b>ESPIROMETRIA</b>	<b>OPTOMETRIA</b>	<b>VISIOMETRIA</b>	<b>LABORATORIOS</b>	
x	X			x		
PESO:50.5 KG	TALLA: 163 CM		IMC:18.8			
PRUEBA PSICOTECNICA: NO	SIN ANTECEDENTES PERSONALES					
ANTECEDENTES PERSONALES						
<b>CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO</b>						
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO		SI				
<b>CONDUCTA</b>						
<b>MANEJO POR EPS / ARL</b>			<b>HABITOS Y ESTILOS DE VIDA</b>			
CONTROL PERIODICO PP POR EPS	SI		DIETA		NO	
REMISION A EPS POR:	NO		EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM		SI	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	NO		DEJAR EL HABITO DE FUMAR		NO	
REMISION A ARP PARA MANEJO DEL CASO	NO		REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL		NO	
SEGUIMIENTO CASO ARP	NO					
<b>OCUPACIONALES</b>			<b>INCLUIR SVE</b>			
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI		VISUAL	CARDIOVASCULAR	AUDITIVO	
HIGIENE POSTURAL	SI					
UTILIZACION DE EPP	SI		PSICOLABORAL	RESPIRATORIO	BIOLOGICO	
UTILIZACION DE AYUDAS ERGONOMICAS	NO					
REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO		ERGONOMICO	QUIMICO		
			X			
<b>RECOMENDACIONES ESPECIFICAS</b>						
PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, AUTOCUIDADOS, CONTINUAR SEGUIMIENTOS MEDICOS EN EPS.						
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO						
NOMBRE DEL MEDICO			FIRMA DEL TRABAJADOR			

FIRMA  
*Dayana Torres Solano*  
MÉDICO ESP. GERENCIA  
EN SGSST  
LIC. 4502 - UNIV. IBEROAMERICANA

MEDICO ESP. GERENCIA DE LA SEGURIDAD  
Y SALUD EN EL TRABJO  
DAYANA TORRES SOLANO  
R.LIC.M 4502

*Angelina Hernandez H.*

Scanned with CamScanner

Correo: dayanpol0219@gmail.com

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **ANYELINA HERNANDEZ MERCADO** (identificado(a) con la cédula de ciudadanía número: **1.001.799.071** expedida en **PONEDERA ATLANTICO** actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 16 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes, de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de enero de 2024

Firma: *Anyelina Hernandez Mercado*

C.C. *1.001.799.071*

Nombre: *Anyelina Hernandez Mercado*



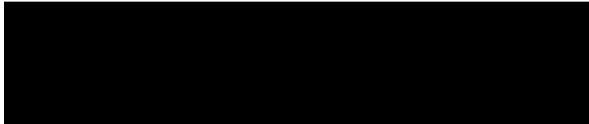
¡Bienvenido a tu póliza con MAPFRE!


Estimado,  
HERNANDEZ MERCADO ANYELINA

¡Nos encanta tenerte  
como miembro de la familia  
de asegurados MAPFRE!

Ahora que tú estás protegido por nosotros, ingresas a un mundo de bienestar del cual eres absoluto protagonista. Estaremos acompañándote permanentemente y atentos a cualquier sugerencia que tengas para mejorar tu experiencia.



Revisa por favor los siguientes enlaces:



Recuerda que contamos con diferentes alternativas y medios de pago. Más información, haciendo 

Ten siempre presente que tu asesor de confianza es:

METROPOLITANA SOLUCIONES EN SEGUROS LTDA  
Móvil: 3003932708  
Email: METROPOLITANADESEGUROSLTDA@GMIAL.COM

No olvides ingresar a  para registrarte en la paltforma de Autoservicio y gestionar desde allí todo tu relacionamiento con nosotros. Así mismo, ingresa a  para darte de alta en nuestro programa de beneficios exclusivos. También, haz clic y siguenos en nuestras redes para estar al tanto de novedades, tips, eventos:



@mapfreco



@MAPFRE\_CO



@MAPFREco

Vamos a estar muy bien juntos.

Cuenta con nosotros en cada momento.

#MAPFREMásCercaDeTi

mapfre.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO



¿Necesitas Asistencia?  
ESCANÉAME



**INFORMACIÓN GENERAL**

RAMO / PRODUCTO	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
272 / 732	0	1	BARRANQUILLA	CALLE 77 B NO. 57 - 141 LOCAL 103	BARRANQUILLA
<b>TOMADOR</b> HERNANDEZ MERCADO ANYELINA		<b>NIT / CC</b> 1001799071	<b>DIRECCIÓN</b> KR 57 CL 32 45	<b>CIUDAD</b> BARRANQUILLA	<b>TELEFONO</b> 3000000
<b>ASEGURADO</b> HERNANDEZ MERCADO ANYELINA		<b>NIT / CC</b> 1001799071	<b>DIRECCIÓN</b> KR 57 CL 32 45	<b>CIUDAD</b> BARRANQUILLA	<b>TELEFONO</b> 3000000
<b>ASEGURADO</b> N.D.		<b>NIT / CC</b> N.D.	<b>DIRECCIÓN</b> N.D.	<b>CIUDAD</b> N.D.	<b>TELEFONO</b> N.D.
<b>BENEFICIARIO</b> CUALQUIER TERCERO AFECTADO		<b>NIT / CC</b> N.D.	<b>DIRECCIÓN</b> N.D.	<b>CIUDAD</b> N.D.	<b>TELEFONO</b> N.D.

**PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS**

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
METROPOLITANA SOLUCIONES EN SEGUROS LTDA	AGENCIA COLOCADORA	12031	3003932708	100,00

**INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA**

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO					
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS	INICIACIÓN	HORA	DÍA	MES	AÑO	No. DÍAS
19	7	2023	00:00	19	7	2023	366	INICIACIÓN	00:00	19	7	2023	366
			00:00	19	7	2024		TERMINACIÓN	00:00	19	7	2024	

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA  
 ESPECIALIDAD:  
 DIRECCION DEL RIESGO:  
 DEPARTAMENTO: ATLANTICO  
 CIUDAD: BARRANQUILLA



**COBERTURAS**

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. actos medicos - Medicos	\$50.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Gastos de defensa	\$10.000.000,00	10 % PERD
Responsabilidad Civil acto m. aux o dependiente	\$50.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)
Asistencia medica emergencia	\$50.000.000,00	10 % PERD Min 1000000 (PESOS COLOMBIANOS)

Profesionalmente ... Seguro



Contacta con nosotros:



Comunícate al  
01 8000 519 991 a nivel nacional,  
3077024 desde Bogotá,  
o desde tu celular al #624  
Ingresa a nuestra web en  
[www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co)



**VALORES COTIZACIÓN (PESOS COLOMBIANOS)**

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
\$ 74.117,00	\$ 20.000,00	\$ 94.117,00	\$ 17.882,00	\$ 112.000,00



\*(415)7707289180029(8020)031608768433(3900)0000089250(96)20230719\*

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA

Observaciones

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA SA, A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

**CLAUSULAS**

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SALUD**

**AMPAROS**

R.C COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MEDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS.

R.C. CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

R.C. DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES (INCLUIDOS RIESGOS MORALES) SUBLIMITADO AL 50% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

GASTOS JUDICIALES SUBLIMITADO 40% DEL LÍMITE ASEGURADO EVENTO / VIGENCIA ESTE VALOR SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO CONTRATADO Y NO EN EXCESO DE ÉSTE.

PLO (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES) EN EXCESO DE LA RC EXTRACONTRACTUAL. SUBLIMITADO AL 20% DEL VALOR ASEGURADO, POR EVENTO / VIGENCIA. ESTE VALOR ESTA INCLUIDO EN EL LÍMITE ASEGURADO BÁSICO Y NO EN EXCESO DE ESTE.

**DEDUCIBLES:**

**BÁSICO:**

VALORES ASEGURADOS DE \$25.000.000 A \$125.000.000: 10% MÍNIMO \$ 500.000

VALORES ASEGURADOS DE \$150.000.000 A \$1.500.000.000: 10% MÍNIMO \$ 1.000.000

NO OPERA PARA GASTOS MÉDICOS

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS JUDICIALES Y DAÑOS MORALES: DEDUCIBLE DEL 10%

NO SE OTORGA

- EXCLUSIÓN DE PANDEMIAS/EPIDEMIAS/ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS.

- R.C. EXTRACONTRACTUAL.

- BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

- RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE VALOR ASEGURADO.

- ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES AL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

- RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

- R.C PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

- LOS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y DE CIRUGÍA PLÁSTICA SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.

- PROVISIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA/URGENCIA DOMICILIARIOS

SE HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN LA PÓLIZA.

LA SOLICITUD DE SEGURO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA. LA SOLICITUD FORMA PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATO DE SEGURO (ART. 1048. CÓDIGO DE COMERCIO).

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DECLARADA, QUEDANDO SUJETO A LA CLÁUSULA DE RETICENCIA Y LA CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

**CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

1. SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO EN OTRO SENTIDO EN LA PRESENTE PÓLIZA, ESTE SEGURO EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADO POR, QUE SURJA DE, QUE RESULTE DE O DERIVADO DE O EN RELACIÓN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O LA AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON INDEPENDENCIA DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA DE MANERA SIMULTÁNEA O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A ELLO.

2. TAL COMO SE UTILIZA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE TODA ENFERMEDAD QUE PUEDA SER TRANSMITIDA POR MEDIO DE CUALQUIER SUSTANCIA O AGENTE DESDE UN ORGANISMO CUALQUIERA A OTRO ORGANISMO, EN LA PRESENTE DEFINICIÓN:

2.1 LA SUSTANCIA O EL AGENTE INCLUYE, ENTRE OTROS, UN VIRUS, UNA BACTERIA, UN PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE ESTOS, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO. Y

2.2 EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, ENTRE OTROS, LA TRANSMISIÓN POR AIRE, LA TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, LA TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GAS O ENTRE ORGANISMOS. Y,

2.3 LA ENFERMEDAD, LA SUSTANCIA O EL AGENTE PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS A LA SALUD O AL BIENESTAR DE LAS PERSONAS O PUEDEN CAUSAR O AMENAZAR CON CAUSAR DAÑOS, DETERIORO, PÉRDIDA DE VALOR, COMERCIALIZACIÓN O PÉRDIDA DE USO DE LOS BIENES.

REGIMEN COMUN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. SOMOS AUTORRETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN 5098 DE JUNIO 21 DE 2013. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

NIT 891.700.037-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: +60 (1)6503300 fax: +60 (1)6503400 www.mapfre.com.co - clientes.mapfre.comco A.A.: 28525 Bogotá, D.C., Colombia

VTE-288-NOV/03

SMLLV: SALARIOS MINMOS LEGALES VIGENTES  
N.D.: NO DECLARADO

V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO AFECTADO  
V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.





Atlántico  
para la  
Gente

SECRETARÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO 08 - 2334 DE 2021

(13 de mayo de 2021)

“Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional”

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

**CONSIDERANDO**

Que **ANYELINA HERNANDEZ MERCADO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1001799071 expedida en Ponedera - Atlántico, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, según TITULO que le otorgó la **CORPORACION CENTRO REGIONAL DE CAPACITACION SOCIAL COCERCAS**, el día 28 de noviembre de 2020, según Acta de Grado N° 014.

**RESUELVE**

**ARTICULO ÚNICO:** Autorízase a **ANYELINA HERNANDEZ MERCADO**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1001799071 expedida en Ponedera - Atlántico, para ejercer la Profesión de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 13 de mayo de 2021.

**LUIS MANUEL POSSO BENITEZ**  
Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: PCoenaga  
Revisó: HMencel  
Revisó: OStiarta



NIT: 904307309  
Código Postal: 800083  
Código DAFO: 08-000

Calle 40-46 Barranquilla, Atlántico - 7071000000  
Línea Gratuita 218499-433889 - info@atlantico.gov.co  
Atlántico para la Gente | atlantico.gov.co

### ReTHUS

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

Tipo de identificación *	Número de Identificación *
Cedula de Ciudadanía	1001799071
Primer Nombre	Primer Apellido
anyelina	hernandez

Confirme los números de la Imagen \*

1 2 1 9

Cancelar

7632

Limpiar

Resultado General -2024-01-03 9:12:39 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1001799071	ANYELINA		FERNANDEZ	MERCADO	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANYELINA HERNANDEZ MERCADO identificado(a) con CC 1001799071 registra La siguiente información:

2024-01-03 -9:12:39 AM

#### Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2021-05-13	2334	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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

BBVA COLOMBIA

NIT 860.003.020-1

## CERTIFICA

Que **ANYELINA HERNANDEZ MERCADO** identificado(a) con **cédula de ciudadanía** número **1.001.799.071** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130902000200186279** aperturada el **22 de noviembre de 2021**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un **manejo conforme** a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **902186279**


10 dígitos: **0902186279**

16 dígitos: **0902000200186279**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día 22 de **noviembre de 2021** a las **09:55** con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBA

República de Colombia



Secretaría de Educación Distrital  
y en su nombre

La Corporación Centro Regional de Capacitación Social  
**(COCERCAS)**

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 001433 del 06 de Diciembre de 2006  
y con Registro según Resolución No. 03316 del 30 de Abril de 2019 emanada  
de la Secretaría de Educación Distrital y Acuerdo No. 00092 del 05 de Junio de 2012  
de la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, Minsalud y Protección Social

Confiere el Certificado de Técnico Laboral  
por Competencias en:

**AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

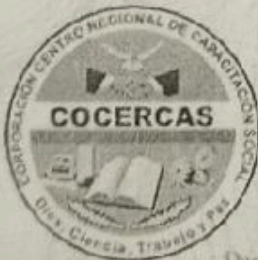
a:

**ANYELINA HERNÁNDEZ MERCADO**

Identificado(a) con C.C. ó T.I. No. 1.001.799.071 de PONEDERA - ATLÁNTICO

Por haber Cursado y Aprobado el Programa Auxiliar en Enfermería,  
con una intensidad total de 1.666 horas Teórico - Prácticas

Dado en Barranquilla, a los 23 días del mes de Noviembre del año 2020



*Hilda Dolan*  
Directora

*[Firma]*  
Secretario General

Anotado en el folio No. 73 Registro No. 61 del

Acta No. 014 Libro de Actas No. 01

Dad al hombre un pez y lo habéis resuelto el problema del día  
enseñad a pescar y lo habéis resuelto el problema de la vida.

Este documento tiene que ir respaldado con el sello seco de la corporación, de lo contrario no tiene validez alguna.  
Las firmas digitales aquí plasmadas tienen plena validez para todos los efectos legales.