X

LEONELA

0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Santa Marta

Número de documento:1083032337

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

## 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:** LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES
**Nombre abreviado:** LEONELA
**Tipo de documento:** Cédula de Ciudadanía
**Número de documento:** 1083032337
**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:** Leonela Vanesa De la hoz Bruges
**Identificación:** 1083032337
**Nacionalidad:** COLOMBIANA
**Domicilio:** CALLE10#20-07
**Tipo documento:** Cédula de Ciudadanía
**Género:** Mujer
**¿Tiene alguna discapacidad?** Sí No

### Indicadores de negocio

Clasificación:

Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 4

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selección Sin datos
Última actualización:15/04/2025 6:08 PM

5%

Datos del perfil

Cómo incluir más datos

### Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

### Últimas noticias

No hay noticias

SANTA MARTA 11-09-2026

Señores.
E. S. E Alejandro Próspero Reverend

**PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA COMPLEMENTAR Y FORTALECER LA ATENCION INTEGRAL DE LA E. S. E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND, TANTO AL CLIENTE EXTERNO COMO EL INTERNO A TRAVES DE SERVICIOS COMO ENFERMERA EN DIFERENTES AREAS QUE SEA REQUERIDA.**

**Yo, LEONELA DE LA HOZ BRUGES identificada con la cédula de ciudadanía número CC: 1.083.032.337 expedida en Santa marta, por medio del presente escrito le ofrezco los servicios de auxiliar de enfermería a la E. S. E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND**

**°** Apoyar en las actividades programadas por la Coordinadora o encargada de del manejo y administración de la **E. S. E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND**, en cuanto a su organización, reactivación y funcionamiento de este.

° Atención y cuidado de personas mayores

° Prevención de infecciones hospitalarias'.

° Identificar y caracterizar los grupos de Adultos Mayores y adolescentes de acuerdo con las patologías encontradas, Hipertensos, Diabéticos, Personas Obesas, Personas Bajas de Peso, Personas con sobrepeso y demás con igual importancia.

° Gestión del cuidado y atención de pacientes proporcionar cuidados básicos a los pacientes, velando por su bienestar físico y emocional. colaborar en la administración de medicamentos, realizar seguimiento y control de signos vitales.

° Funciones demás que sean inherentes a la naturaleza del oficio y a los requerimientos de la secretaria de Gobierno

Atenta a cualquier inquietud.

Cordialmente

Leonela De la Hoz

Leonela Vanesa De la hoz Bruges

CC- 1.083.032.337

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* |
|---|---|---|
| de la Hoz | Bruges | Leonela Vanesa |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083032337

*GENERO*: F (X) M ( ) NB ( )

*NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 13 MES 02 AÑO 1998

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 10 20 7 Almendros

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3180404029 EMAIL leoneladelahoz0213@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* | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° (X) | MES | 11 | AÑO | 2014 |

***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).

## 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)

| *INSTITUCIÓN* | *MODALIDAD* | *No. TOTAL HORAS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS* | *TERMINACIÓN* | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* |
| COPORACION ASMEDAS MAGDALENA-SS ASMEMAG | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 1600 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 10 | 2017 |

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* |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 48 | X | | Toma de Muestras de Citología de Cuello Uterino | 03 | 2025 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORAVDE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60 | X | | PAI | 03 | 2025 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 60 | X | | Toma de Muestras de Laboratorio | 03 | 2025 |
| FUNDACION NUESTRA SEÑORA LA ESPERANZA | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 80 | X | | Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución | 02 | 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* |
| ESPAÑOL | | | X | | | X | | | X |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍ* |
|---|---|---|---|
| ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | X | | COLOMBIA |

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

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 09 | *Mes* | 01 | *Año* | 2026 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 143- AUXILIAR DE ENFERMERIA | AUX. DE ENFERMERIA EXTRAMURAL | AVENIDA 25 67 null |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>1800051370 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUX. DE ENFERMERIA EXTRAMURAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Avenida del Libertador Nº 25-67 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>1800051370 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 05 | *Año* 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2025 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUX. DE ENFERMERIA EXTRAMURAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Avenida del Libertador Nº 25-67 | | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>MAGDALENA | *MUNICIPIO*<br>SANTA MARTA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>1800051370 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 10 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUX DE ENFERMERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Avenida del Libertador Nº 25-67 | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO ✘ 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 11 de SEPTIEMBRE 2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

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

Función Pública

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

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2026-04-06 19:00 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LEONELA | VANESA | DE LA HOZ | BRUGES |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1083032337 |
|---|---|---|---|

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 | $22.400.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $22.400.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $400.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 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 [X] No [ ]

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 [X]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| ESTEVAN | | VILLANUEVA | |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA  Número: 1083032337

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:

| |
|---|
| |

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

Formulario 3.725.496 finalizado

| Acciones | Declaración No. | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **3725496-01** Declaración inicial | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | PERIÓDICO | 2026-04-06 18:34 | 2026-04-06 19:00 |
| | **2444276-01** Declaración inicial | ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | CONTRATISTA | INGRESO | 2025-02-04 14:12 | 2025-02-04 14:37 |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.083.032.337**

**DE LA HOZ BRUGES**

APELLIDOS

**LEONELA VANESA**

NOMBRES

LEONELA DE LA HOZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-1998**

**SANTA MARTA**
**(MAGDALENA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**26-FEB-2016 SANTA MARTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100100-00838295-F-1083032337-20160630 **00502**97255G 3 46014561

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 141080656588

(415)7707212489984(8020) 000014108065658 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1083032337 | 7 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1083032337 | |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DE LA HOZ | BRUGES | LEONELA | VANESA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 10 20 07 BRR LOS ALMENDROS

42. Correo electrónico: leoneladelahoz0213@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3007107516 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8692 | 2024 07 30 | | | | | | |

## 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 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2024-07-30 / 08:16:16AM

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 SANCHEZ PINEDO ANTONIO JOSE

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

audio-control works!



Satisfactorio

## Descargas

Autorización Tratamiento de Datos Personales | Compromiso de confidencialidad | Formulario SARLAFT | Lista de Exámenes Médicos

# Perfil - Formulario Precontractual



## Foto de Perfil

Foto tipo carné, para acreditar la identidad



Elegir archivo | No se eligió ningún archivo

Actualizar imagen

Cambiar contraseña

## Datos Personales

Actualización

Fecha Última Actualización

2025-04-15T18:21:30

Nombre de usuario

LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES

Correo electrónico

leoneladelahoz0213@gmail.com

Tipo de Documento

Cédula de Ciudadanía

Cédula

1083032337

Lugar de Expedición del Documento

Lugar de Expedición del Documento

Fecha de Expedición

26/2/2016

Sexo

Femenino

Identidad de Género

Estado Civil

Heterosexual

Casado(a)

Nacionalidad: Colombiano

Si selecciona "Otro"...

Fecha de Nacimiento

13/2/1998

Lugar de nacimiento

SANTA MARTA

Dirección de Residencia

CALLE 10#20-07

Municipio

SANTA MARTA

Departamento

MAGDALENA

¿Tiene hijos? Sí

Personas a cargo

Número de hijos:

1

1

Celular

3007107516

Contacto de Emergencia

3046619404

Celular Contacto de Emergencia

Celular del contacto de emergencia

Tipo de Vivienda

Familiar

Estrato

2

Zona de residencia

Urbana

¿Tiene discapacidad? NO

¿Cuál(es)?...

¿Pertenece a un grupo étnico? No

¿Es usted víctima del conflicto?

NO

¿Es usted víctima de desplazamiento?

NO

Idioma Nativo: Español

## Informacion Profesional y Laboral

Actualización

Tipo de Ocupación

Independiente

Nivel de Escolaridad

Técnico

Título obtenido

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fecha del Título

27/10/2017

¿Primer Empleo?

- Sí
- No

## Contrato Vigente o Inmediatamente Anterior

Actualización

Nombre de la Empresa

ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

Tipo de Entidad

Pública

Ubicación de la entidad: PAIS-DEPARTAMENTO-CIUDAD

COLOMBIA-MAGDALENA-SANTA MARTA

Email de la Entidad

correoese@esealprorev.gov.co

Actividad Contractual

EQUIPOS BASICOS

Tipo de afiliación: Régimen contributivo

EPS: NUEVA EPS

¿Está inscrito en el SISBÉN?

No

Actualizar Datos

# 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 09 de SEPTIEMBRE de 2026

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA: | Leonela De la Hoz B. |
| NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA | LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA | CC 1.083.032.337 |

Vigilado Supersalud

# COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES**, identificado(a) con **cedula de ciudadanía 1.083.032.337**, 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**

Vigilado Supersalud

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 09 de septiembre de 2026

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL COLABORADOR: |  |
| NOMBRE COLABORADOR | LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES |
| N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR | CC 1.083.032.337 |

Vigilado Supersalud

# 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 1083032337 **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 06/08/2026 10:07 PM

Código Verificación: **ZE8D7H2BSG**

Válida hasta: **05/11/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# *LA CORPORACIÓN ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG"*

## INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0508 y Registro de Programa según Resolución No. 1094, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No. 00217 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

**CONFIERE EL CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN**

## AUXILIAR EN ENFERMERÍA A:

# Leonela Vanesa De La Hoz Brugés

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1083032337**

Por haber cursado y aprobado el programa de Auxiliar en Enfermería, con una intensidad total de 1600 horas.

Dado en Santa Marta, a los 27 días del mes de Octubre del año 2017.

DIRECTOR

SECRETARIA GENERAL

Anotado en el folio No. 45 Registro 27 del Libro de Actas 0003

ASMEMAG
Corporación ASMEDAS Magdalena -SS-
Nit: 900258910-0

# Acta De Certificación Individual No. 032

En la ciudad de Santa Marta, a los veintisiete (27) días del mes de Octubre del año Dos Mil Diecisiete (2017) se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los estudiantes del programa AUXILIAR EN ENFERMERÍA, el suscrito Director y la Secretaria General de la **CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA –SS- "ASMEMAG"**, Institución con licencia de funcionamiento según Resolución número 0508 del 03 de Mayo de 2010 y Registro de Programa según Resolución número 1094 del 12 de Diciembre de 2016, emanada por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo número 00217 del 30 de Agosto de 2016 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** al estudiante cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

## Leonela Vanesa De La Hoz Brugés

Documento de Identidad No. 1083032337

Es fiel copia del acta original No. 032, de fecha 27 de Octubre del año 2017 e inicia con los apellidos y nombres de **AMAYA BONILLA MARIA STELLA** y culmina con los apellidos y nombres de **ZUÑIGA CASTIBLANCO YULIETH DAYANA.**

Firmado y sellado por **MANUEL DEL PRADO BRITO**, Director y **KATERINE GUTIERREZ DAZA**, Secretaria General.

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los veintisiete (27) día del mes de Octubre del año Dos Mil Diecisiete (2017).

Firmado y Sellados

**MANUEL DEL PRADO BRITO**
**Director**

**KATERINE GUTIERREZ DAZA**
**Secretaria General**

La República de Colombia
y en su nombre, el

# Instituto Midia Leonor Castellón de Sánchez

Santa Marta, Magdalena

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
según Resolución No. 0397 del 13 de julio de 2009,
expedida por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta,

Confiere a:

# Leonela Vanesa De La Hoz Bugés

Identificada con T.I. No. 980213-63014 de Santa Marta

El Título de

# Bachiller Académico

con énfasis en Salud y Nutrición

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media, según los planes y programas vigentes
del Proyecto Educativo Institucional.

EDUCACION CIENCIA SALUD
SANTA MARTA
INSTITUTO Midia Leonor Castellón de Sánchez

Rectora

Secretario General

Anotado al Folio No. 005 Libro de Registro No. 001

Dado en Santa Marta, a 27 de noviembre de 2014

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

PremiAr

# Instituto Midia Leonor Castellón de Sánchez

Con licencia de funcionamiento No 0397 del 13 de julio de 2009,
Emanada De La Secretaria De Educación Distrital De Santa Marta, D.T.C.H.
y quien reemplaza al "(Antiguo Instituto "Nancy") Código DANE No: 347001003551
Registro ICFES No 128041
Educación Preescolar: Párvulo, Pre - Jardín, Jardín y Transición, Educación Básica Primaria,
Secundaria y Educación Media Académica con énfasis en Salud y Nutrición

## Acta Individual de Graduación No.005

En la ciudad de Santa Marta, a los veintisiete (27) días del mes de noviembre de 2014, se reunieron la Rectora y el Secretario(a) del INSTITUTO MIDIA LEONOR CASTELLÓN DE SÁNCHEZ, institución autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de Grado UNDÉCIMO para otorgarles el Título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICO, según Resolución No. 0397 del 13 de Julio de 2009, expedida por la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta.

Comprobada la situación legal y académica, de cada año de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO EN SALUD Y NUTRICIÓN al (la) graduando(a) en cuyo número de orden numérico, le corresponde por apellidos y número de documento de identificación, que a continuación se relaciona.

## Leonela Vanesa De La Hoz Bruges

Identificada con T.I. No. 980213-63014 de Santa Marta

La presente es fiel copia del Acta original General No. 007, en donde constan de quince (15) graduandos que comienzan con el nombre de ÁLVAREZ GUEVARA GUSTAVO ANDRÉS y cierra con el nombre de VILLAR MONTERO FRANCISCO JAVIER.

En constancia se firma y sella la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en Santa Marta, hoy Veintisiete (27) de noviembre de 2014.

Lic. IVETH HORTENSIA SÁNCHEZ CASTELLÓN
Rector(a)
C.C. No. 36.553.401 de Santa Marta

Lic. FERNANDO ANTONIO SÁNCHEZ CASTELLÓN
Secretario(a) General
C.C. 12.554.074 de Santa Marta

Calle 11 No 19 – 200 Barrio los Almendros, Tel: 4347176
jmmidia@yahoo.com

Premier

366

RESOLUCIÓN No. 247_3186 DE 12 AGO 2024

"Por la cual se registra un título"
**LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

En cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de octubre de 2007 y el Decreto 4192 de noviembre 09 de 2010.

**CONSIDERANDO:**

Que el (la) Señor(a) **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES** identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 1.083.032.337, expedida en Santa Marta - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** según CERTIFICADO, el cual le fue otorgado por LA CORPORACION ASMEDAS MAGDALENA -SS- "ASMEMAG, con Acta de Certificación Individual No.032 de 27 de octubre de 2017.

Que con la solicitud el(la) señor(a) **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES** presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor(a) **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

**RESUELVE:**

**ARTICULO ÚNICO:** Autorizar a **16863** identificado (a) con Cédula de Ciudadania No. 1.083.032.337, expedida en Santa Marta - Magdalena, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** en el territorio Nacional.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 12 AGO 2024

**DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ**
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena.

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Aprobó | Piedad De La Hoz Orozco | Profesional Universitario | |
| Proyectó y Revisó | Yolenis Ponzon Martinez | Contratista | |

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión Registrarse

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1083032337

Primer Nombre

LEONELA

Primer Apellido

DE LA HOZ

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6813

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2026-08-06→10:10:39 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1083032337 | LEONELA | VANESA | DE LA HOZ | BRUGES | 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) LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES identificado(a) con CC 1083032337 registra La siguiente información:**

**2026-08-06→10:10:39 PM**

**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 | 2024-08-12 | 3186 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

**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).**

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Leonela Vanesa De La Hoz Bruges*

## *CC 1083032337 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Toma de Muestras de Citología de Cuello Uterino con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-03-19
Fecha de vencimiento: 2027-03-19

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Leonela Vanesa De La Hoz Bruges*

## *CC 1083032337 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso en Programa Ampliado de Inmunización - PAI
con un total de 60 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-03-19
Fecha de vencimiento: 2027-03-19

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE 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:*

# *Leonela Vanesa de La Hoz Bruges*

## *CC 1083032337 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: 2026-04-06
Fecha de vencimiento: 2028-04-06

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:*

# *Leonela Vanesa de La Hoz Bruges*

## *CC 1083032337 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-03-31
Fecha de vencimiento: 2028-03-31

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:*

# *Leonela Vanesa de La Hoz Bruges*

## *CC 1083032337 de Santa Marta - Magdalena*

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

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-04-04
Fecha de vencimiento: 2028-04-04

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:*

# *Leonela Vanesa de La Hoz Bruges*

## *CC 1083032337 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: 2026-04-02
Fecha de vencimiento: 2028-04-02

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

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *Leonela Vanesa De La Hoz Bruges*

## *CC 1083032337 de Santa Marta - Magdalena*

Realizó y aprobó el Curso de Toma de Muestras de Laboratorio
con un total de 60 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-03-19
Fecha de vencimiento: 2027-03-19

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

**EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA JURÍDICA ASESORA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ALEJANDRO PROSPERO REVEREND**

**CERTIFICA QUE**

Que, una vez revisado el archivo contractual se evidencian los siguientes soportes de Contratos de Prestación de Servicios suscritos entre la **E.S.E. ALEJANDRO PROSPERO REVEREND** Y, LEONELA VANESSA DE LA HOZ BRUGES, identificado con la cédula de ciudadanía **CC. 10.83.03.23.37.**

| NUMERO DE CONTRATO | INICIO DE CONTRATO | VIGENCIA | OBJETO | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| EB-674-2024 | 16/10/2024 | DOS MESES 15 DIAS | PRESTAR SERV TECNICOS COMO AUX DE ENFERMERIA* HIGIENISTA ORAL* PROMOTOR O ADMIN EN SALUD PARA EL FORTALECIM DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 1397 DE 2024 DE MINSALUD EN LA ESE ALPROREV | $ 6.250.000,00 |

La presente certificación se expide a los 30 días del mes de ABRIL de 2025 en el D.T.C. e H. de Santa Marta, a solicitud de la parte interesada.

---

JESUS ALBERTO AVENDAÑO PEREZ
**Jefe Oficina Jurídica ESE Alejandro Prospero Reverend**

Proyecto y Revisó: lenis Katherine salazar – Abogada

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS

37 Años
SALUD LABORAL
CENTRO DE IMAGENOLOGÍA

## CERTIFICADO DE PRÁCTICAS EMPRESARIALES

En mi calidad de Administrador de Talento Humano de la empresa **SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS,** a petición de parte interesa

# CERTIFICO

Que la señora **LEONELA VANESSA DE LA HOZ BRIGUES** con cedula de ciudadanía **1083032337** realizo sus prácticas en nuestra institución como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** cumpliendo las actividades de procedimientos en toma de muestra, laboratorio, en el año 2017 y parte del 2018, cumpliendo con una duración de 600 horas laborales, tiempo en el cual demostró alta calidad, responsabilidad en las tareas a ella encomendadas, por lo que se le cancelo el 60% del salario base.

Por tal motivo se certifica en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente documento en lo que estime conveniente.

Carlos Tapia

Carlos Tapia
Talento humano

VIGILADO Supersalud



Powered by CamScanner

CERTIFICA

El(La) Señor(a) LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES identificado(a) con CC 1083032337 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **09/09/2024** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **SUBSIDIADO-ESE HOSPITAL ALEJANDRO PROSPERO REVEREND-SANTA MARTA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de septiembre del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.032.337**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

# 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 | Cedula de ciudadania | Número de documento | 1083032337 | Lugar de expedición | Santa marta | | |
| Primer apellido | De la hoz | Segundo apellido | Bruges | Nombres | Leonela Vanesa | | |
| Nacionalidad | colombiana | Dirección de domicilio | Cll 10 #20-07 almendros | | | | |
| Departamento | Magdalena | Ciudad \| Municipio | Santa marta | Correo electrónico | leoneladelahoz0213@gmail.com | | |
| Número de contacto | 3007107516 | Lugar de nacimiento | Santa marta | Fecha de nacimiento | 13- febrero-1998 | Estado civil | casada |
| Actividad principal que desempeña actualmente | Auxiliar administrativa | | | | | Código actividad en RUT (4 dígitos) | 8692 |

## REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y nombres | Suhey Bruges Ochoa | Dirección | Ciudad del sol etapa 3 mz c casa 4 | Teléfono | 3007107516 |
| Apellidos y nombres | | Dirección | | Teléfono | |

## 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 | 2.800.000 | Otros ingresos mensuales | 0 | Total ingreso mensuales | 2.800.000 | Total egresos mensuales | |
| Total activos | | Total pasivos | | Información financiera a corte | | | |
| Indique el concepto de otros ingresos | | | | | | | |

## INFORMACIÓN BANCARIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad bancaria | DAVIVIENDA | Número de cuenta | 488446603505 | Tipo de cuenta | Ahorros |
| 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:

Leonela De la Hoz B.

Firma

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**SANTA MARTA,** **06/09/2026**
**MAGDALENA,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1083032337**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488446603505** |
| Fecha de apertura | **25/07/2024** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION*
*Nit. 819001920 - 7*
*Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA*
*Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845*

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯

## DATOS DEL PACIENTE



Fecha **25/08/2025 3:01:00** Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES**

Doc. Identidad **CC 1083032337** Edad **27 Años** Género **Femenino**

Dirección **CL 10 #20-07 BRR ALMENDROS** Teléfono **3007107516**

Escolaridad **Media Tecnica (Bachillerato Técnico)**

Eps **NUEVA EPS**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA, RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBOSACRA, RADIOGRAFIA DE TORAX, EXAMEN DE ESPUTO TBC, HB, HEMOGRAMA, ALCHOL EN SALIVA,GLICEMIA,VISIOMETRIA, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (COCAINA Y MARIHUANA ) EN ORINA,

## CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
HIGIENE POSTURAL.
EJERCICIOS FUNCIONALES.
CONTROL ESTRICTO DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
USO DE LENTES MEDICADOS.

-- CONTROL CON OPTOMETRIA DE LA EPS.

-- SE EMITE CONCEPTO MEDICO TENIENDO EN CUENTA PARACLINICOS ANTERIORMENTE REALIZADOS Y PRUEBA PSICOLOGICA ACTUAL.

-- AL SST DE LA EMPRESA SE SOLICITA SEGUIMIENTO DEL CASO.

NOTA: TENIENDO EN CUENTA LA PATOLOGÍA QUE PRESENTA EL PACIENTE, DEBE TENER CONTROL ESTRICTO CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD.

## RESTRICCIONES LABORALES

José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM

Trabajador: LEONELA VANESA DE LA HOZ
CC: 1083032337
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

**PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION**
*Nit. 819001920 - 7*
*Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA*
*Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845*

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

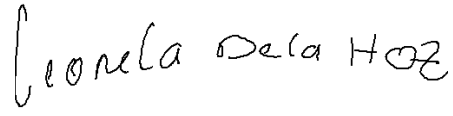
Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ⓧ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

| REMISIÓN | SI ⓧ | NO ◯ | ARL | SI ◯ | NO ◯ | EPS | SI ⓧ | NO ◯ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para la CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD de mi historia clinica de acuerdo a la Resolucion 1843 del 25 de abril del 2.025, Articulo 3 inciso e, articulo 18- paragrafo y articulo 30 emanados por el Ministerio del Trabajo de Colombia. Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.



José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM



Trabajador: LEONELA VANESA DE LA HOZ
CC: 1083032337
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

# INFORME PSICOLOGICO DE PRUEBA GHQ-28

**Nombre: LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES**

**Fecha de interpretación de prueba:** 11/08/2025

**Edad: 27 AÑOS**

**Fecha de nacimiento: 13/02/1998**

**Nivel académico: BACHILLERATO TECNICO**

**Numero de Identificación: 1083032337**

## Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

## Test aplicado

**GHQ-28**

## Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de
**0** puntos síntomas somáticos relacionado con la percepcion de salud fisica,
**0** puntos en ansiedad - insomnio, relacionado con la sensopercepcion de conductas ansiosas
**0** puntos en disfunción social , relacionados con impacto de los problemas emocionales en las relaciones sociales y las actividades diarias
**0** puntos en depresión relacionado con la percepcion en la presencia de síntomas depresivos

## Análisis de resultados

**Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercibida. Por lo cual no se encuentra alteraciones o limitacion en su salud mental que pueda dificultar o alterar el desempeño de su actividades diarias o la ejecucion de sus funciones.**

## Sugerencias

Ante sensaciones de minusvalia , aislamiento , tristeza recurente , sensacion de ahogo , pensamientos negativos e otros sentimientos ansiogenicos, acudir a su EPS.

Cristian Alfonso Gómez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
C.C. 1083018742 T.P. 208468
LIC.SST-021/2023

**FIRMA EVALUADOR**
**T.P. 208468**

# PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION

Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

## VISIOMETRÍA

Fecha examen: **16/04/2025**

Doc. Identidad **CC 1083032337** Nombre **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES** Fecha Nacimiento. **13/02/1998**

Entidad **PARTICULAR** Edad **27 años** Ocupación **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )

Empresa EVENTO RIPS Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn EPS NUEVA EPS ARL

## ANAMNESIS

Último Examen Visual **HACE 3 AÑOS** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminucíón visual de cerca ( ) Disminucíón visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares

## AGUDEZA VISUAL

| CC | VL | VP | SC | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | **20/25** | **0.50** |
| OI | | | | **20/25** | **0.50** |
| AO | | | | **20/20** | **0.50** |

## LENSOMETRIA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| OD | | | º | |
| OI | | | º | |

## EXAMEN EXTERNO

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival | ( ) | ( ) |
| Pterigio N | ( ) | ( ) |
| Pterigio T | ( ) | ( ) |
| Pinguécula | ( ) | ( ) |
| Nevus | ( ) | ( ) |
| Blefaritis | ( ) | ( ) |
| Blefaritis seborreica | ( ) | ( ) |
| Secreción | ( ) | ( ) |
| Leucoma Corneal | ( ) | ( ) |
| Ptosis palpebral | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

## MOTILIDAD OCULAR

VL: VP: HISHBERG:

Ducciones: Versiones: PPC:

## INTERPRETACIÓN

| | OD | OI |
|---|---|---|
| No requiere corrección óptica | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo no corregido | (X) | (X) |
| Gafas no formuladas | ( ) | ( ) |

## TEST OCUPACIONALES

| | Visión cromática | Vis. profun. | Vis. confron. |
|---|---|---|---|
| OD | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |
| OI | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Emetropía | ( ) | ( ) |
| Ametropía | ( ) | ( ) |
| Disminución visual | (X) | (X) |

Otros:

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica (X) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría ( )

## RETINOSCOPIA

Refracción:

| | Esfera | Cilindro | Eje |
|---|---|---|---|
| OD | | | |
| OI | | | |

Subjetivo: DP:

| | Esfera | Cilindro | Eje | AV | ADD |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | | |
| OI | | | | | |

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H527 TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO

## CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

**RECOMENDACIONES**

**OBSERVACIONES**

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

# PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 08 ago 2025 10:56:11 am | | RESULTADOS | | | Software Baxlab v20191230 | |
| **Sede** | **PRINCIPAL** | | | | | Página 1 de 1 | |
| **Paciente** | **DE LA HOZ BRUGES LEONELA** | | | Sexo F | Edad 27A 5M 23D | **Nro. De Recepción** | **130375** |
| Identif. | CC 1083032337 | Teléfono | | | Fecha De Recepción | 08 ago 2025 09:52:57 am | |
| Entidad | PARTICULAR | | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | **CONSULTA EXTERNA** | | Cama | Médico | BENAVIDES DE VEGA. JOSE | | |

| | | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|---|
| **QUIMICA** | | | | |
| 1 . | Glicemia en Ayunas | 88 | mg/dl | 60 a 110 |
| | Colorimetria | | | |

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO  Fecha Reporte 08 ago 2025 10:55 am

**PRUEBAS ESPECIALES**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 . | ALCOHOL ETILICO (SALIVA) | Negativo | | |
| | Inmunocromatografia | | | |
| | Positivo: 0.02% hasta 0.30% | | | |

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO  Fecha Reporte 08 ago 2025 10:56 am



Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Paciente:** | **DE LA HOZ BRUGES LEONELA VANESA** | | |
| **Fecha Nacimiento:** | 13/02/1998 | **Cédula/ID:** | 1083032337 |
| **Fecha del Estudio:** | 5/07/2025 | **Sexo:** | F |
| **Estudio ID:** | 125237001 | | |

# RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

**TÉCNICA:**

Se realizó estudio en proyección AP y lateral.

**HALLAZGOS:**

La tráquea es de posición central.

La silueta cardiomediastinica es de amplitud normal.

Los hilios pulmonares se encuentran en adecuada posición.

Los volúmenes pulmonares son normales.

No hay área de enfermedad del espacio aéreo.

No se visualiza derrame pleural.

Las estructuras óseas observadas son normales.

**CONCLUSIÓN:**

**ESTUDIO NORMAL.**

Transcrito por: Ana Carrillo

TOMAS ANTONIO CHARRIS CASTAÑEDA
ESPECIALISTA EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
3818/85

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Paciente:** | **DE LA HOZ BRUGES LEONELA VANESA** | | |
| **Fecha Nacimiento:** | 13/02/1998 | **Cédula/ID:** | 1083032337 |
| **Fecha del Estudio:** | 5/07/2025 | **Sexo:** | F |
| **Estudio ID:** | 125237201 | | |

## RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA

**TÉCNICA:**

Se realizó estudio en proyección AP y lateral.

**HALLAZGOS:**

Escoliosis dextroconvexa.

La altura y configuración de los cuerpos vertebrales son normales. No hay colapso vertebral.

Los espacios intervertebrales conservan su amplitud.

No hay evidencia de espondilolistesis ni espondilólisis.

Las articulaciones interfacetarias son normales.

Las apófisis espinosas y transversas no muestran alteraciones.

Lo evaluable de las articulaciones sacroilíacas es normal.

**CONCLUSIÓN:**

**ESCOLIOSIS LUMBAR.**

Transcrito por: Ana Carrillo

TOMAS ANTONIO CHARRIS CASTAÑEDA
ESPECIALISTA EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
3818/85

# FUNDACION PROMAGDALENA

Nit 900146927-4

Tel: 4358420 Cel: 3173647886

## LABORATORIO CLINICO

**RESULTADOS** Software Baxlab v20220607

Impreso

**Sede** 17 jul. 2024 01:39:16 pm 

**PRINCIPAL**

**Paciente** **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES** Sexo F Fecha Nacimiento Edad **Nro. De Recepción** **9753**

Identif. CC 1083032337 Teléfono Fecha De Recepción 16 jul. 2025 10:56:15 am

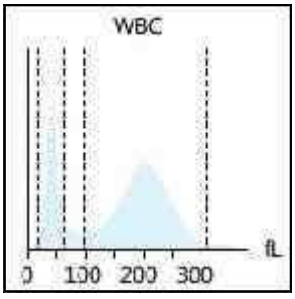
Entidad SubEntidad SIN SUBENTIDAD

Sala **N/A** Cama Médico ASIGNADO NO .

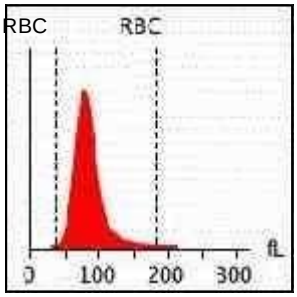
| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|
| HEMATOLOGIA | | | |
| 1 . HEMOGRAMA TIPO IV | | | |
| Hemoglobina | 12.4 | gr/dl | 11 a 15 |
| Hematocrito | 37.2 | % | 37 a 47 |
| Recuento de Eritrocitos(RBC) | 4,02 | x10^6/uL | 3,50 a 5 |
| Volumen Medio Corpuscular (MCV) | 86,2 | fL | 80 a 100 |
| Hemoglobina Corpuscular Media(MCH) | 28 | pg | 27 a 34 |
| Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC) | 32,5 | gr/dl | 31 a 36 |
| Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV) | 13,8 | fL | 11 a 16 |
| Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD) | 39,4 | fL | 35 a 56 |
| Recuento de Leucocitos(WBC) | 12,9 | x10^6/L | 5 a 10 |
| Neutrófilos(%) | 70,3 | % | 45 a 70 |
| Neutrofilos(/mmc) | 9,1 | x10^3/mmc | 2 a 7 |
| Linfocitos(%) | 24,4 | % | 25 a 45 |
| Linfocitos(/mmc) | 3,1 | x10^3/mmc | 0,80 a 4 |
| Media(%) | 5,3 | % | 3 a 15 |
| Media(/mmc) | 0,7 | x10^3/mmc | 0,10 a 1,50 |
| Recuento de Plaquetas(PLT) | 240 | x10^3/uL | 150 a 450 |
| Plaquetocrito (PCT) | 0,22 | % | 0,11 a 0,50 |
| Volumen plaquetario medio (MPV) | 9,2 | fL | 6,50 a 12 |
| Indice de distribuciónPlaquetario (PDW) | 15,4 | fL | 6,50 a 12 |

Fecha Validado 17 jul. 2024 11:45 am

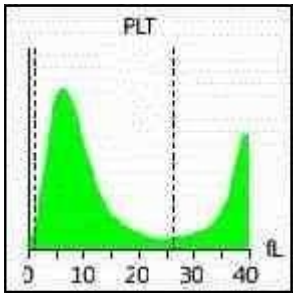
WBC




RBC




PLT



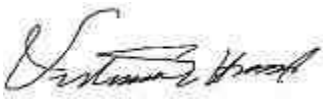

Katiuska Bustamante Rodriguez
BACTERIOLOGA

KATIUSKA BUSTAMANTE RODRIGUEZ
CC 39048215
BACTERIOLOGA

**S O L A B  I P S**
**NIT. 900724151-6**
Laboratorio Clínico * Salud Ocupacional * Medicina General
Cra 3a. No. 24 - 113 El Prado Tel: 4235858 - 4233613
Santa Marta-Magdalena

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 25 Ago. 2025 01:36:26 pm | RESULTADOS | | | | Software Baxlab v20161109 |
| **Sede** | **PRINCIPAL** | | | | | |
| **Paciente** | **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES** | | Sexo F | Edad 27A 6M 12D | **Nro. De Recepción** | **199898** |
| Identif. | CC 1083032337 | Teléfono 3007107516 | | Fecha De Recepción | 25 ago.2025 08:10:02 am | |
| Entidad | SOLAB | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | **CONSULTA EXTERNA** | Cama | Médico | ASIGNADO NO . | | |

| | | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|---|
| PRUEBAS ESPECIALES | | | | |
| 2 . | COCAINA EN ORINA | NEGATIVO | pos/neg | |
| | Inmunocromatografía | | | |
| 3 . | MARIHUANA EN ORINA | NEGATIVA | | |
| | Inmunocromatografía | | | |



Dra Victoria Herrera Arias.
Bacterióloga

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS. S.A.S.
NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA
Calle 70 No. 48 - 56 Callcenter: 368 8864
Tels .Directos: 360 8340 -385 7980 Ex. 100-101
Cel.: 317 4274226 - 317 4422432
E-mail: servicioalcliente@olimpuslab.com

CARTAGENA
Bocagrande calle 5ta ,cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel: 3004102050 - 3187117423

SANTA MARTA
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

**CLAVE: b3e1**

Fecha de recepción 16-jul-2025 10:59 a. m.

**6051090**

Nombre LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES

Identificación CC 1083032337 Sexo F

Fecha Nacimiento 12-02-1998 Tel. 3007107516

Médico MEDICOS VARIOS

Servicio PARTICULAR

Fecha de impresión

Empresa N/A

Sede Santa Marta

Preliminar

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|

**BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]**

**Método: COLORACIÒN**

NEGATIVO PARA BACILOS ACIDO ALCOHOL RESISTENTES EN 100 CAMPOS OBSERVADOS

Karen Cantillo

**DRA. KAREN CANTILLO.**

VIGILADO Supersalud

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 69daf6d7-a010-492f-ab83-b26d15f594c9

Nombres y apellidos / Full name: **LEONELA VANESA DE LA HOZ BRUGES**

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

Número de identificación / ID Number: **1083032337**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/05/1999**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3007107516**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@HOTMAIL.COM**

## 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 | | | | |
| COVID JANSSEN | Única | 5 | 11 | 2021 | Janssen | 203F21A | SANTA MARTA FUNDACION PROMAGDALENA IPS | ANDREA STEFANIES RODRIGUEZ BOLIVAR |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 26 | 1 | 2023 | Serum | 0122W016 | STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS | OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA |
| Fiebre Amarilla | Única | 26 | 1 | 2023 | Sanofi Pasteur | V3C08 | STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS | OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA |
| TD Adulto | Primera | 26 | 1 | 2023 | Serum | 2331L024C | STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS | OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 30 | 1 | 2023 | | 220500422D | STA MARTA CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL MAGD | PAOLA MARGARITA POLO ESCALANTE |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 2 | 3 | 2023 | | 220500922A | VALLEDUPAR CRUZ ROJA | NALDYS BLANCO JIMENEZ |
| TD Adulto Particular | Segunda | 2 | 3 | 2023 | | 220800222A | VALLEDUPAR CRUZ ROJA | NALDYS BLANCO JIMENEZ |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 22 | 11 | 2023 | Sanofi Pasteur | C5874AB | UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA | ELIANA VILLAMIL TAMARA |
| TD Adulto | Tercera | 7 | 5 | 2024 | Serum | 2333Q012B | UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA | BLEIDY OROZCO RUGELES |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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.

Salud

# Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Leonela Vanesa

Apellidos: De la Hoz Broges

Documento de identidad: C.C. ✓ C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1083032337

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 02 Año 1998

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 24/09/26 | V505260002 | Nelfs B. |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |