E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 001 FECHA DE ULTIMA REVISION: 09/09/2021 PAGINA 1 de 1

NOMBRE DEL ASPIRANTE: Dilia Juliana Para Duran CEDULA DE CIUDADANÍA N° 1082849853

PROFESION: Auxiliar de Enfermería

LISTA DE CHEQUEO DE HOJAS DE VIDA PARA INGRESO NUEVOS CONTRATISTAS – OPS				
	ENTREGAR DOCUMENTOS EN CARPETA 4 ALETAS BLANCA (PROPALCOTE) TAMAÑO OFICIO, EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	NO	NA
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad			
2	Registro Proveedores - Persona Natural (REGISTRARSE EN LA PAGINA - **https://hujmb.com/proveedores/**)			
3	Propuesta de Servicios			
4	Certificado antecedentes Procuraduría (fecha vigente — no superior a 30 días)			
5	Certificado antecedentes Contraloría (fecha vigente — no superior a 30 días)			
6	Certificado antecedentes Policía Nacional (fecha vigente — no superior a 30 días)			
7	Certificado antecedente del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (fecha vigente — no superior a 30 días)			
8	Cedula de Ciudadanía			
9	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)			
10	Licencia de Conducción- ACTIVA **(CONDUCTOR** DE AMBULANCIA)			
11	RUT Registro Unico Tributario			
12	Hoja de Vida — Función publica			
13	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)			
	Certificado de antecedentes Ético Disciplinario - **(Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera) - (fecha vigente – MES actual de 2021).**			
14	Convalidación de Titulo (Médicos y Médicos Especialistas) — Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.			
15	Resolución Departamental para ejercer profesión- (personal asistencial)			
16	Tarjeta Profesional			
17	**RETHUS** (Personal Asistencial en general)			
18	Póliza de Responsabilidad Civil **de** Clínicas y Hospitales (Médicos y Médicos Especialistas) desde $250.000.000 millones de pesos.			
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial. que contengan la fecha de vencimiento del mismo.			
20	Copia de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de Enfermería, Auxiliar Camillero - Que contengan la fecha de vencimiento del mismo.			
21	Copia de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos - Que contengan la fecha de vencimiento del mismo.			
22	Curso en Unidad de Cuidados Intensivos (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) - Que contengan la fecha de vencimiento del mismo.			
23	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del Dolor y Cuidados paliativos (Médicos Generales y Especialistas). Del área de **UCI, HOSPITALIZACION.**			
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la Gestión del Duelo (THS- Médicos generales, Especialistas, Enfermeras, Auxiliares de enfermería, Fisioterapeutas, Psicólogas, Nutricionistas, Fonoaudióloga, Oftalmólogo). Del área de **ATENCION DEL PARTO, UCI ADULTO, PEDIATRÍA Y NEONATAL.**			
25	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el Cuidado del Donante Expedida por el Instituto Nacional de Salud (Médicos Generales y Especialistas). De las áreas de **HOSPITALIZACION, UCI, URGENCIAS Y CIRUGÍAS.**			
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas Victimas de ataque con agentes Químicos (Personal Asistencial). Del área de **URGENCIAS Y TRANSPORTE ASISTENCIAL.**			
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua **EN EL MANEJO DE PRUEBAS POST** (Auxiliares de enfermería de laboratorio clínico a excepción de bacteriólogos).			
28	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico PALS **(Pediatras)**			
29	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS (NEONATOLOGO)**			
30	Curso de Primeros Auxilios **(Conductores de Ambulancia)**			
31	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales.			
32	Soporte de experiencia laboral			
33	Vacunas (hepatitis B) **(todo el personal asistencial)**			
34	Formato declaración de Bienes y Renta y Registro de Conflicto de Interés — Diligenciar en la página web **(https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth)**			
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (INDEPENDIENTE)			
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE)			
37	Certificado ARL (INDEPENDIENTE)			
38	Certificado SARLAF			

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna.
Los documentos deberán ser entregados en una carpeta 4 aletas de color blanca tamaño oficio, en el orden de la Lista arriba descrita, sin grapas, ni perforación alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo de:

_____

SIJI

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1082899853

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1082899853	PARRA	DURAN	NIDIA	JOHANA	02/09/21

SANTA MARTA 18 DE JULIO 2022

DOCTOR

LUIS OSCAR GALVES

GERENTE

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CORDIAL SALUDO

A SOLICITUD DE SU RESPETADA INSTITUCION YO NIDIA PARRA DURAN CON CEDULA NUMERO 1082899853 DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA, SOLICITO MUY CORDIALMENTE ME PERMITA INGRESAR COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO, ESPERO REUNIR LAS CONDICIONES PARA TAL CARGO DENTRO DE LA EMPRESA.

Nidia Parra Duran

ATENTAMENTE

NIDIA PARRA DURAN

CC 1082899853

DE SANTA MARTA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

WEB
22:49:36

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 200774103

Bogotá DC, 15 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NIDIA JOHANA PARRA DURAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1082899853:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 15 de julio de 2022, a las 22:56:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1082899853
Código de Verificación	1082899853220715225629

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:02:39 PM horas del 15/07/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1082899853**

Apellidos y Nombres: **PARRA DURAN NIDIA JOHANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/07/2022 11:59:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1082899853** y Nombre: **NIDIA JOHANA PARRA DURAN.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37232865** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.899.853

PARRA DURAN

APELLIDOS

NIDIA JOHANA

NOMBRES

NIDIA PARRA DURAN

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1988

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

31-JUL-2007 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2100100-00063741-F-1082899853-20080930 0003865641A 1 24363807

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14473076209

(415)7707212489984(8020) 000001447307620 9

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 8 9 9 8 5 3	2 0 1 1 0 2 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PARRA	DURAN	NIDIA	JOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 24 C 29 C 55 BRR VILLA DEL RIO

42. Correo electrónico: nidia.parra15@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 3 9 4 7 1 0 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 8 0 7 0 6						5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2 0																									

20- Obtención NIT

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2018 - 07 - 06

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada.

984. Nombre: QUINTERO MONTENEGRO LIZERIS MARIA

985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 23-11-2020 01:26:17PM

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	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Parra	Duran	Nidia Johana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1002899053

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 10 MES 10 AÑO 1988

PAÍS: colombia

DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 24c # 29c-55

PAÍS: colombia DEPTO: Magdalena

MUNICIPIO: Santa Marta

TELÉFONO: 3043947104 EMAIL: nidia.parra15@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES ___ AÑO ____
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Tecnico		✓		Auxiliar de Enfermeria	12	2007	

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Universitario Julio Herdez Barranquilla	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Santa Marta	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4315426	DÍA 10 MES 07 AÑO 2018	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermería		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AOOM		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogota	Cundinamarca	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3133481393	DÍA 05 MES 02 AÑO 2011	DÍA 15 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria		calle 91A # 50-41

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Organización Servicios y Asesonas		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santa Marta	Magdalena	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4318010	DÍA 01 MES 07 AÑO 2015	DÍA 17 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria		Carrera 8 # 28E-24

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación cardiovascular de colombia		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Santa Marta	Magdalena	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4329800	DÍA 18 MES 12 AÑO 2015	DÍA 27 MES 01 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de Enfermeria		Carrera 4 # 26a-71

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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	5 años	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6 años	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11 años	

5 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 19- Julio del 2022

Nidia Pang Duran

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República De Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"

Monumento Nacional
Jornada Nocturna

Con reconocimiento Oficial del Bachillerato de Adulto, según Resolución No. 474 del 3 de Octubre de 2000.

Confiere a:

Nidia Johana Parra Durán

Identificado (a) con T.I. 881010-57857 Expedida en Santa Marta

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y alcanzado los logros establecidos en el plan de estudio del Proyecto Educativo Institucional correspondiente al nivel de Educación Media Académica

RECTOR

Rector

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Dado en Santa Marta, a los 21 días del mes de Dic del año 2005

Anotado en el control interno del plantel en el Libro No. 01 Folio No. 82

La República De Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Distrital "Liceo Celedón"

Monumento Nacional
Jornada Nocturna

Con reconocimiento Oficial del Bachillerato de Adulto, según
Resolución No. 474 del 3 de Octubre de 2000

Acta de graduación No. 012 Folio 82 Libro 01

El día 21 de Diciembre del 2005 en el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta en el salón principal de actos del colegio, se celebró la proclamación de BACHILLERES ACADÉMICOS y se otorgó dicho título a:

Nidia Johana Parra Durán

Identificado (a) con T.I. 881010-57857 Expedida en Santa Marta

El acto fue precedido por

Rector: Fabio Mejía Montero

Secretaria: Edith Hernández de Peñaloza

RECTOR

Lo anterior de conformidad con el Artículo 2° del Decreto Nacional 921 del 6 de Mayo de 1994.

Republica de Colombia
Departamento del Magdalena

y en su nombre

EL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD DEL MAGDALENA
CESMAG "GABRIEL ANGULO"

Creado mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1949, aprobado por Resolución No. 2182 de Agosto 9 de 1968 y modificada mediante Ordenanzas No. 020 de diciembre de 1992 y No. 002 de junio 7 de 2006.

Teniendo en cuenta que:

Nidia Johana Parra Duran

C.C. No. 1.082.899.853 *expedida en* Santa Marta

Cursó y aprobó todos los estudios programados por el Centro y cumplió con todas las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el certificado de:

"Aptitud Ocupacional Técnico en Auxiliar de Enfermeria"

En constancia de lo anterior se firma y sella en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), a 19 de octubre de 2007.

Directora CESMAG

Secretaria Académica

CESMAG
GABRIEL ANGULO

CENTRO DE EDUCACION
EN SALUD DEL MAGDALENA
Nit. 891.780.117-1

ACTA DE CERTIFICACION No. 209

En la ciudad de Santa Marta, a los diecinueve (19) días del mes de octubre del año 2007 se reunieron con el fin de formalizar la Certificación de los alumnos del curso de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, la suscrita directora y la secretaria académica del **CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA (CESMAG) "GABRIEL ANGULO"**, institución creada mediante Decreto No. 816 de diciembre 13 de 1.949, aprobada en el Nivel Vocacional según resolución No. 2182 de agosto 9 de 1.968, modificada mediante ordenanzas No. 020 de diciembre 23 de 1.992 y No. 002 de junio 7 de 2006. Autorizada por el Ministerio de Salud y Educación Nacional, para otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA.** Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Vocacional, se procedió a otorgar el Certificado de **APTITUD OCUPACIONAL TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA** al alumno cuyos nombres, apellidos y documentos de identidad se relacionan a continuación, **PARRA DURAN NIDIA JOHANA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.082.899.853** expedida en Santa Marta.

La presente acta es fechada en Octubre 19 de 2007 y consta de treinta y un (31) alumnos que comienzan con los nombres y apellidos de BERMUDEZ ARIÑA ANA KARINA y cierra con los nombres y apellidos de VILORIA TEJADA AURA KARINA.

Firmada y sellada por la directora **KAREN GARCIA DIAZ**, y **LAURA AGUDELO GARCIA**, Secretaria Académica.

Dada en Santa Marta (Magdalena), a los diecinueve (19) días del mes de octubre de 2007.

Firmado y Sellado

KAREN GARCIA DIAZ
Directora

LAURA AGUDELO GARCIA
Secretaria Académica

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 11258
"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **NIDIA JOHANA PARRA DURAN**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.899.853 expedida en Santa Marta-Magdalena, solicitó ante esta Secretaria la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL TECNICO otorgado por **EL CENTRO DE EDUCACION EN SALUD DEL MAGDALENA CESMAG "GABRIEL ANGULO"** Santa Marta - Magdalena, según Acta de Certificacion No. 209 del día 19 de Octubre de 2007.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a **NIDIA JOHANA PARRA DURAN**, identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1.082.899.853, expedida en Santa Marta-Magdalena, para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e Inscribirlo(a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se Autorizo el Titulo o Certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 26 OCT. 2010

ANA LUCILA HERRERA ROJAS
Secretaria de Salud de Magdalena

Elaborado y Revisado por: MARIA LUISA PEREZ NUÑEZ - Profesional Especializado - Área de Calidad en Salud

EL MAGDALENA UNIDO LA GRAN TRANSFORMACION

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 *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 1082899853

Primer Nombre *: nidia

Primer Apellido *: parra

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1082899853	NIDIA	JOHANA	PARRA	DURAN	Ver

Información Detallada [CC: 1082899853] NIDIA JOHANA PARRA DURAN

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2010/10/26	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).

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1630 2019

ASESORIAS EDUCATIVAS DE COLOMBIA "ASESORAMB"

En cumplimiento del Artículo 43 de la ley 115 del 1994

Y la licencia de funcionamiento 1630 de secretaria de educación distrital de Santa Marta

Certifica que

NIDIA JOHANA PARRA DURAN

CON C.C 1.082.899.853

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL CURSO

ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

se realizó en modalidad virtual

En constancia de lo anterior es firmado en Santa Marta 01 marzo del 2021

COORDINADOR EDUCATIVO **DIRECTOR ASESORAMB** **SECRETARIA ASESORAMB**

violencia sexual 2021

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

NIDIA PARRA DURAN.
C.C. 1.082.899.853

Por su participación como asistente del curso taller de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS"
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA
NIVEL BÁSICO "20 HORAS"

Entregado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena)
El día 30 de Julio de 2020.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Anatomía, fisiología y electrofisiología básica del corazón y la vía aérea. Atragantamiento OVACE (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño), Desovase (desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño) con paciente consciente e inconsciente, Técnicas y maniobras que salvan vidas.
Abordaje al paciente con paro respiratorio, Abordaje al paciente con paro cardio respiratorio del lactante, del niño y el adulto con uno y dos reanimadores, Ritmos de paro y enfoque en la reanimación, Manejo del DEA (desfibrilador externo automático), Cadena de la sobrevida y nemotecnia C A B D de la reanimación, técnicas de ventilación según el escenario.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardio pulmonar guías 2015-2020, de acuerdo lo que exige la resolución 2003/2014 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No. 2051 0105
Instructor BLS-ACLS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011
PARA CARACTERIZACIÓN DE PRESTADORES DE SALUD

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Calle 72 No. 57-58 Piso 2 Ofic.14 Tel: (5) 320 1207 - 319 8341
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 018000-942270 - 310 745 1759

"Lo bueno del grupo es estar en el"
grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.grupocolombianodeemergencias.com

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

NIDIA PARRA DURAN.

C.C. 1.082.899.853

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA), EL DÍA 30 DE JULIO DE 2020
DURACIÓN 20 HORAS,
CURSO QUE SE DESARROLLÓ CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS , CORAT.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS-AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA P.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS-AHA.

FECHA DE RENOVACION SVB –BLS JULIO 2020.

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA No. 4461 DE 29 DE ABRIL DE 2011 PARA LA EDUCACION DE SALUD NIT. 900386743-5

OREGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com | Grupo Colombiano de Emergencias | @Grupocolombiano

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN
C.C. 1.082.899.853

ASISTIO AL :

"DIPLOMADO UCI ADULTO"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA), EL DIA 30 DE JUNIO DE 2018
DURACIÓN 120 HORAS,

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, SOPORTE NUTRICIONAL Y METABOLISMO, ABORDAJE AL PACIENTE CRITICO, VENTILACION MECANICA, MANEJO VASO ACTIVO, CODIGO AZUL Y MANIOBRAS, PSEUDOANALGESIA Y SEDACION, ACCESO VENOSO CENTRAL DIRIGIDO, ACCESO VENOSO CENTRAL Y PERIFERICO, INTERPRETACION EKG, RELACION ECOCARDIOGRAMA EN UCI, CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA, DIEZ PATOLOGIA MAS FRECUENTES, ADMINISTRACION Y AUDITORIA MEDICA DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION JUNIO 2020.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACION Y EDUCACION
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Grupo Colombiano de Emergencias
@Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN
C.C. 1.082.899.853

ASISTIO AL :

"DIPLOMADO UCI PEDIATRICO Y NEONATAL"

"APOYO VITAL DEL PACIENTE PEDIATRICO Y NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DIA 30 DE JUNIO DE 2018
DURACIÓN 120 HORAS.

TEMARIO: GENERALIDADES EN UCI, ABORDAJE DEL NIÑO CRITICO, URGENCIAS PEDIATRICAS, MANEJO DE LA VIA AEREA, NEONATOLOGIA I, NEONATOLOGIA II.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. RICARDO LEON SANCHEZ C.
MEDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
REGISTRO MEDICO 8669/96
ENTRENADOR NALS/PALS GCE.
FECHA DE RENOVACION JUNIO 2020.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
MD. NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

KAREN LOBO NA[illegible]
COORDINADORA [illegible]
NACIONAL COL[illegible]

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Grupo Colombiano de Emergencias
@Grupocolombiano

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

EDUCACION PARA EL TRABAJO
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO 1630/2019

ASESORIAS EDUCATIVAS DE COLOMBIA "ASESORAMB"

En cumplimiento del Artículo 43 de la ley 115 del 1994

Y la licencia de funcionamiento 1630 de secretaria de educación distrital de Santa Marta

Certifica que

NIDIA JOHANA PARRA DURAN

CON C.C 1.082.899.853

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL CURSO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO

CON UNA INTENSIDAD DE 50 HORAS

se realizó en modalidad virtual

En constancia de lo anterior es firmado en Santa Marta 01 marzo del 2021

COORDINADOR EDUCATIVO **DIRECTOR ASESORAMB** **SECRETARIA ASESORAMB**

ACOMPAÑAMIENTO EN EL DUELO 2021

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

Nidia Parra Duran

CC: 1082899853

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

Para: **Auxiliar Enfermerìa.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. **Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **16** del mes de **Febrero** del **2021** con una intensidad de 20 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

Coo rdinador científico:
Dr. Jose Esteban Estrada
Instructor titular A.H.A.
PALS - Cuidado crítico PED-NEO

Rep resentante legal:
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Cra 46 #79 - 96 Piso 2 / Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

LA EMPRESA NACIONAL DE EDUCACION PARA EL TALENTO HUMANO LTDA

NIT: 900223619-0

Reg.EN02303558 -2021

CERTIFICA QUE:

NIDIA PARRA DURAN

C.C. N°1082899853

ASISTIÓ AL CURSO DE:

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALUD

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR DECRETO 1075 DEL 26 DE MAYO DE 2015, LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2009 EN EL CAPITULO V NUMERAL 8 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE VEINTICUATRO (24) HORAS ACADEMICAS.

PARA SU CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, EL DIA 16 MARZO 2021.

MD FACS ALEXANDER RAMIREZ VALDERRAMA
DIRECTOR CIENTIFICO ENTHA LTDA

MD JIMMY LARIOS ROSANIA
PRESIDENTE ACASS

CARLOS RAMREZ VALDERRAM.
GERENTE ENTHA LTDA

PREVENIR I-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 03/02/2021 16:08:00 Cargo AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Empresa CLINICA DE FRACTURAS TAYRONA I.P.S. S.A.S.
Nombre NIDIA JOHANA PARRA DURAN
Doc. Identidad CC 1082899853 Edad 32 Años Género Femenino
Dirección CL 24 #25C-55 Teléfono 3043947104
Escolaridad Técnica Profesional
Eps COOSALUD EPS

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO INGRESO, ANEXO OSTEOMUSCULAR, PRUEBA CUALITATIVA SARS COVID-19 ANTICUERPOS IGG - IGM

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REGISTARSE EN LA APLICACIÓN CORONAPP COLOMBIA Y REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

NOTA: PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y LA RESOLUCION 1462 DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19.

RESTRICCIONES LABORALES

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

Trabajador: NIDIA JOHANA PARRA DURAN
CC: 1082899853
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



ADOM
Salud Domiciliaria

Bogotá D.C. Junio 10 de 2015

CERTIFICACION LABORAL

Por medio de la presente certifico que la señora ***NIDIA PARRA DURAN*** *identificada con Cedula de Ciudadanía Nº 1082899853 Expedida en santa marta, laboro en* ***ADOM*** *(salud domiciliaria); durante un periodo comprendido entre febrero 5 de 2011 hasta el 15 diciembre de 2013. Desempeñando el cargo de domiciliaria.*

Durante este tiempo se caracterizo por ser una persona honesta, responsable, cumplidora de sus deberes y obligaciones, la recomiendo ampliamente para cualquier labor que le sea asignada.

Atentamente;

LUZ AIDA RODRIGUEZ
C.C. 91.329.082 de Puerto Wilches (Sder)
CEL: 3133481393

ORGANIZACIÓN SERVICIOS
Y ASESORÍAS S.A.S.

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

ISO 9001 Icontec

IQNet

GRUPO EMPRESARIAL SERVICIOS Y ASESORIAS LA ANALISTA DE CONTRATACION DE ORGANIZACIÓN SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

BUCARAMANGA
Carrera 37 No. 53 - 50
Barrio Cabecera del Llano
PBX: (7) 643 1582
Fax: (7) 647 7248

BOGOTÁ D.C.
Avenida carrera 9 No. 104A - 38
Barrio Rincón del Chico
PBX: (1) 508 2207

MEDELLÍN
Transversal 5A No. 45 - 117
Barrio Poblado - Patio Bonito
PBX: (4) 448 7061
FAX: (4) 266 9749

CÚCUTA
Calle 10 No. 6E - 70
Barrio La Riviera
Tels: (7) 575 5516 - (7) 575 5451
Fax: (7) 577 9950

BARRANQUILLA
Carrera 54 No. 72 - 147
Centro Comercial Boulevard 54
Locales 309 - 310
Tels: (5) 360 2145 - (5) 360 2271
Fax: (5) 360 2169

CARTAGENA
Manga Avenida Jiménez
Calle 25 No. 18B-19
Tel: (5) 664 5911
Fax: (5) 664 0200

SANTA MARTA
Carrera 8 No. 28E-24
Edificio San Jorge
Local 2 Barrio Bavaria
Tel: (4) 431 8010

CALI
Calle 24AN No. 6AN-41 (2do. piso)
Barrio Santa Mónica Residencial
PBX: (2) 395 2001
Fax: (2) 395 2002

MANIZALES
Calle 64A No. 21 - 50 Of. 1504
Edificio Portal de Cable
Tel: (6) 889 5033

HACE CONSTAR QUE, el señor(a) **PARRA DURAN NIDIA JOHANA,** identificado (a) con cedula de ciudadanía **No. 1.082.899.853** laboro como trabajador en misión por intermedio de nuestra Organización en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** para la empresa usuaria **FCV,** mediante contrato por el término de la obra o labor contratada desde julio 1 de 2015 a diciembre 17 de 2015.

Se expide a los (10) días del mes de febrero de 2017.

Atentamente,

MONICA P. ORTIZ VEGA
Analista de Contratación
NIT: 890.206.051-0
Tel: 4313010

ORGANIZACION SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S.
ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS
NIT: 890 206051-0

ESTA CERTIFICACION SOLO TIENE VALIDEZ CON SELLO

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INSTITUTO DEL CORAZON SANTA MARTA – FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

CERTIFICA:

En cumplimiento de la ley 1636 de 2013, artículo 10; reglamentado por el decreto 2852 de 2013, artículo 46 se permite expedir el siguiente certificado.

La Señora **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** laboró en nuestra institución desde el dieciocho (18) de Diciembre de 2015 hasta el día veintisiete (27) de Enero de 2017.

La Señora **NIDIA JOHANA PARRA DURAN** se desempeñó en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERA** de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Se expide en el municipio de Santa Marta (Magdalena) a los veintisiete (27) días del mes de Enero de 2017.

Atentamente,

JANETH COOMBS NEIRA
Subgerente Administrativa y Financiera
FCV Instituto del Corazón Santa Marta
Email: janethcoombs@fcv.org

LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE"

CERTIFICA

Que la señora, NIDIA JOHANA PARRA DURAN, identificada con cedula de Ciudadanía No 1.082.899.853 expedida en Santa Marta (Magdalena), fue contratista de esta ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE, prestando sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA, en virtud de la siguiente orden de Prestación de Servicios:

1. No. 1656 de fecha 10 de julio de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de julio al 30 de septiembre de 2018 y por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS ($3.690.000.00).
2. No. 2362 de fecha 01 de Octubre de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre o al 31 de Diciembre de 2018, y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
3. No. 295 de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Junio de 2019 y por un valor de OCHO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS ($8.586.000.00).
4. No. 1570 de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019 y por un valor de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS ($5.724.000.00).

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, en Santa Marta - Magdalena a los veinticuatro (24) días del mes de Enero de 2020.

ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ
Profesional Especializado

VIGILADO SUPERSALUD

CARDIO VIDA

HJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barrenech

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

DE

CARDIOVIDA OUTSOURCING SAS

NIT. 900 607 814 - 1

CERTIFICA QUE:

La Sra. Nidia Johana Parra Duran, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.082.899.853 de Santa Marta - Magdalena, estuvo vinculada con nuestra compañía a través de un contrato laboral a término fijo, de fecha del 19 de junio de 2020 hasta el 16 de octubre del mismo año, prestando sus servicios como auxiliar de enfermería en el área de UCI COVID, cumpliendo a cabalidad con sus funciones y protocolos de bioseguridad exigidos.

Para constancia de lo anterior se firma a los 23 días del mes de noviembre de 2020

Cordialmente,

VALERIA DIAZ BATE
Jefe de Talento Humano

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Nidia Johana

Apellidos: parra duran

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No 1082899853

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 10 Año 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	21-09-13	02n019	Zoraida
Fiebre Amarilla	Única	2-12-11	024197V0	Roxana
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	19-01-12	024c9006	Katiuska
	2	21-07-12	453032B	Roxana
	3	23-07-13	02221	Roxana
	4	13-06-16	J5003	Zoraida
	5	30-04-18	22502016B	Martha
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1	30-04-18	03415008A	Gustavo
		2	14-07-19	A48VC124A4	yiseth
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	20-5-20	V502L000F6	Maria G
Otras	tv	1	2019-15	J06744	Maria G
	tosferina	1	16-02-16	C467AAB	EMILIA

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES YRENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS

(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2021-12-21 22:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NIDIA	JOHANA	PARRA	DURAN

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 108289985

Lugar de nacimiento

País: Colombia Departamento: Magdalena Municipio: S.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/ uotra donde trabaje: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País: Colombia Departamento: Magdalena Municipio: SANTA MARTA

Dirección: CARRERA 14 NO. 23-42 ALCAZARES

Cargo o función que cumple: CONTRATIST

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 prestacióndel servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.542.000,00
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	$1.542..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
AHORROS	Colombia	$0,00

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 [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro dejunta 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:

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 – 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:.

Tipo y No. de documento:	CC - 1082899853
Nombres:	NIDIA JOHANA
Apellidos:	PARRA DURAN
No. de carnet:	387B3F3C08ADF9328698A6CEAF0F2284
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afliación:	2020-06-01
Estado de afliación:	ACTIVO
Régimen:	CONTRIBUTIVO
IPS:	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS
Departamento - Municipio:	MAGDALENA - SANTA MARTA
Categoría:	A

OBSERVACIONES:

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

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 19 días del mes de Julio de 2022.

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

NIDIA JOHANA PARRA DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.899.853**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora NIDIA JOHANA PARRA DURAN, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1082899853, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/04/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201017308295.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Julio de 2022.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

AAS_4_1_3_FR15 v.01

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 16/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	CALLE 14 # 23- 42	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NIDIA JOHANA PARRA DURAN											Sexo				
											M		F	X	
Tipo de Documento								Número		Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1082899853	SANTA MARTA		31/07/2007		
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo		Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
			X					X		2		X		X	

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
[illegible]	SANTA MARTA	CALLE 24C # 29-55	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
NIDIA.PARRA15@HOTMAIL.COM	3043947104	3043947104

Ocupación (Seleccione)													Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado					8	5	9	2

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

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

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOJ MB	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	AUXILIAR DE ENFERMERIA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CARRERA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZAREZ	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

total ingresos mensuales 1.342.000				total egresos mensuales 1.390.000			
otros ingresos mensuales 200.000				otros egresos mensuales 100.000			
total activos 1.542.000				total pasivos 52			
Mes y año de corte de la información financiera suministra	Mes DIC	Año 2021		Es declarante?	SI		NO x

Es servidor Publico? Si es servidor publico declaro si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

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

DE UN EMPLEO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de los normas antes citadas. 5) Me

Nidia Parra Duran



5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):